



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

O DOMICÍLIO COMO VANTAGEM

Intervenção do enfermeiro de reabilitação na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio

Joana Isabel Gonçalves Bento

2015

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

O DOMICÍLIO COMO VANTAGEM

**Intervenção do enfermeiro de reabilitação na
adaptação da pessoa idosa com alteração da
mobilidade ao seu domicílio**

Joana Isabel Gonçalves Bento

Orientado por: Professor Doutor Miguel Nunes Serra

2015



*“As casas são construídas para que se viva nelas,
não para serem olhadas”*

Francis Bacon

Agradecimentos

Agradeço ao meu marido, Aníbal, a compreensão e apoio, pelo tempo que dediquei na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, pelo seu incentivo constante.

Ao meu orientador Professor Doutor Miguel Serra, pela sua disponibilidade e apoio na elaboração deste trabalho.

LISTA DE SIGLAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AP – Auscultação Pulmonar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIF – Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

DM 2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRFR – Departamento Reabilitação Funcional Respiratória

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerosa Lateral Amiotrófica

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional Estatística

INR – Instituto Nacional para Reabilitação

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

MSE – Membro Superior Esquerdo

OE – Orientador de Estágio

OMS – Organização Mundial Saúde

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

RESUMO

O crescimento atual da população idosa em Portugal, continua a ser um desafio político, tanto a nível social como na saúde. As pessoas idosas são um grupo etário vulnerável à alteração da mobilidade e consequente incapacidade funcional. Quer pelo envelhecimento natural, quer pela associação de comorbilidades, que nestas idades ocorrem com mais frequência.

Situações de dependência para a realização do seu autocuidado, dificultam a adaptação ao seu domicílio e poderão favorecer a hospitalização e/ou institucionalização precoce. A RNCCI nasce como uma política para promover a integração da pessoa com dependência na comunidade, apostando na autonomia e independência da pessoa idosa.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação faz parte destas equipas e tem um papel fundamental na promoção e manutenção da mobilidade da pessoa idosa, com ganhos ao nível da capacidade de autocuidado. Os produtos de apoio são um suporte no processo de reabilitação da pessoa idosa, com o objectivo de promover a sua autonomia, independência e integração na comunidade. O EEER pelos seus conhecimentos técnico-científicos especializados, é capaz de identificar as necessidades da pessoa idosa e aconselhar os produtos de apoio adequados às suas incapacidades funcionais. Conjugando a utilização dos produtos de apoio, com exercícios terapêuticos e de fortalecimento muscular, traz ganhos na realização do seu autocuidado de forma mais independente e consequente adaptação ao seu domicílio. Ao nível individual, conseguir a integração no seu domicílio permite o primeiro passo para a integração na comunidade.

Palavras-chave: Alteração da Mobilidade; incapacidade funcional; autocuidado; enfermagem de reabilitação; produtos de apoio; adaptação ao domicílio.

ABSTRACT

The actual elderly population growth in Portugal is still a political challenge, both at a social level as in health. Elders are an age group that is vulnerable at mobility changes and consequently to the functional incapacitation, either by natural aging or by associations of comorbidities that in these ages occur more often.

Dependency situations to achieve their self-care create difficulties to home adaptation and may result in hospitalization and/or early institutionalization. The RNCCI is born as a policy to promote dependent people integration with the community, focusing in the autonomy and independency of the elderly person.

The specialist nurse in rehabilitation nursery is part of these teams and as a key role in promoting and maintaining the elderly person's mobility with gains in terms of the self-care ability. The support products are important in the elderly person rehabilitation process in order to promote their autonomy, independence and community integration.

The EEER by his specialized technical and scientific knowledge is capable of identify the elderly person's needs and advise the support products more suited to theirs functional incapacities. Combine the use of support products with therapeutically exercises and muscular strengthening brings gains in developing their self care more independently and consequent adaptation to your home. At an individual level, achieve integration in their homes allows the first step towards integration into the community.

Key Words: Mobility change; functional disability; self care; rehabilitation nursing; Support products; Adapting to home

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. PESSOA IDOSA E ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE	18
2. ADAPTAÇÃO AO DOMÍLIO	26
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	32
3.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	33
3.1.1. Equipe de Cuidados Continuados Integrados	33
3.1.2. Departamento Reabilitação Funcional Respiratória	50
3.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	57
4. CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Aprendizagem

Apêndice II – Diário de Aprendizagem

Apêndice - Estudo de caso na ECCI

Apêndice IV – Diário de aprendizagem

Apêndice V- Diário de aprendizagem

Apêndice VI- Estudo de caso no DRFR

ANEXOS

Anexo I – Escala de Faces

Anexo II – Índice de Barthel

Anexo III – Escala de Lawton e Brody

Anexo IV – Índice de Katz

Anexo V – Escala de Lower

Anexo VI – Escala de Ashworth

Anexo VII – Escala de Braden

Anexo VIII – Escala de Morse

Anexo IX – Folha de registros do DRFR

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Produtos de apoio segundo a classificação ISO	28
Quadro 2. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio cuida de pessoas com necessidades especiais	34
Quadro 3. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio capacita a pessoa	41
Quadro 4. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio maximiza a funcionalidade	48
Quadro 5. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR	51
Quadro 6. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR	54
Quadro 7. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR	57
Quadro 8. Objectivos específicos para o desenvolvimento de competências comuns do EE	58

INTRODUÇÃO

Este trabalho nasce no âmbito do 4º curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem de reabilitação e concretiza-se neste relatório de atividades com o intuito de espelhar as competências por mim desenvolvidas nos ensinamentos clínicos realizados ao longo deste percurso. Pretendo demonstrar neste trabalho, um conhecimento aprofundado das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) numa área de interesse para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Este campo de conhecimento, foi anteriormente escolhido no meu projecto de aprendizagem, intitulado “O domicílio como vantagem: intervenção do enfermeiro de reabilitação na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio”. Como objectivo principal deste relatório proponho-me a retratar de forma sucinta as atividades por mim desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e reflectir sobre as mesmas, estabelecendo uma conjugação entre a minha prática e os constructos teóricos que a suportam, demonstrando desse modo, a aprendizagem por mim desenvolvida.

O primeiro ensino clínico (EC) foi desenvolvido num centro hospitalar central da região de Lisboa, no Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR), que decorreu num período de seis semanas. Este primeiro EC incidiu sobre o desenvolvimento de competências específicas do EEER, no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória (RFR). O segundo EC foi desenvolvido na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de um centro de saúde na periferia de Lisboa, no âmbito do desenvolvimento de competências específicas a nível sensório-motor, num período de doze semanas. Foi neste último EC, onde aprofundei os meus conhecimentos na temática seleccionada, intervindo junto da pessoa idosa com alteração da mobilidade, ajudando-a a adaptar-se ao seu domicílio, tema central do meu projeto de aprendizagem (apêndice I).

O envelhecimento da população constitui-se como uma problemática global a nível mundial, deixando de ser apenas um problema dos países desenvolvidos, é um fenómeno que se globalizou. As projecções mostram que a população com 60 ou mais anos é o grupo etário com crescimento mais rápido a nível mundial. Nos países mais desenvolvidos o crescimento deste grupo etário é estimado em 2,4 por cento ao ano até 2050, esperando-se desse modo, um aumento de mais de 50 por cento nas próximas quatro décadas, passando de 274 milhões em 2011 a 418 milhões em 2050 (United Nations, 2011). Também nas regiões menos desenvolvidas este envelhecimento da população é visível, cerca de 3 por cento ao ano (United Nations, 2011). Em Portugal é paralela esta realidade, quando o resultado dos Censos (Instituto Nacional de Estatística, 2011) nos revela que 19 por cento da população tem 65 anos ou mais, demonstrando que a população envelhecida voltou a crescer.

O envelhecimento é associado frequentemente a situações de dependência, Cunha (2010) conclui que existe uma relação direta entre a idade e o nível de dependência, acrescentando que existe evidência de relação entre a dependência e a existência de doenças crónicas. Também no relatório de *Health Evidence Network Report* (Heikkinen, 2003) é descrito que a prevalência de incapacidades aumenta com a idade, corroborando a mesma ideia. Deste modo, pode dizer-se que o envelhecimento biológico torna a pessoa mais vulnerável às doenças crónicas e degenerativas, como a repercussões negativas na funcionalidade e debilidade dos mecanismos corporais, que podem conduzir a hospitalizações prolongadas e constantes (Oliveira, 2000).

É imperativo a inclusão de políticas de saúde e sociais que englobem a sociedade mais envelhecida, com o intuito de se promover um envelhecimento activo e consequentemente que sejam vividos mais anos, de forma autónoma e independente. Grande parte da população idosa vive só, estima-se que cerca de um milhão e duzentas mil pessoas com mais de 65 anos vivam sós ou na companhia de outros idosos, o que representa 60 por cento da população idosa em Portugal, concentrando-se a sua maioria nas regiões de Lisboa, Alentejo e Algarve (INE, 2012a). Para estes dados, muito contribuiu a alteração das

famílias clássicas, outrora numerosas, são hoje em dia mais pequenas, onde os adultos têm uma vida ativa, muitas vezes de difícil conjugação com a possibilidade de dar suporte ao seu familiar, quando este necessita (INE, 2011).

Entre 2000 e 2008, como é descrito por Machado, Couceiro, Alves, Almendra e Cortes (2011) verificou-se um aumento dos episódios de internamentos, dos quais 50% correspondem a doentes com idade igual ou superior a 65 anos, sendo visível estes dados também nos Elementos Estatísticos Saúde 2008 (Direcção Geral de Saúde, 2010). Cerca de 95% dos internamentos ocorridos em 2012 ocorreram em enfermarias, com especial relevo nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia. O período de internamento mais longo ocorreu nos serviços de Medicina Interna (INE, 2014). O envelhecimento associado às co-morbilidades aumenta exponencialmente a probabilidade de necessidade de internamento.

Após um curto período de internamento a pessoa idosa poderá apresentar elevados níveis de dependência na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD) (Cabete, 2005). Ao regressar ao domicílio confronta-se com dificuldades na realização do seu autocuidado, quer por instalação súbita, ou degradação das suas capacidades já alteradas antes do internamento. Não excludo da minha intervenção situações de alteração da mobilidade, pelo envelhecimento e/ou associação a doenças crónicas em que existe um agravamento progressivo da dependência da pessoa idosa. Onde a intervenção precoce do EEER no domicílio, previne a perda de capacidade funcional e consequentemente situações de inadaptação e dependência no autocuidado. É aqui que surge um campo de intervenção onde o EEER tem um papel fundamental: **a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio**. Promover esta adaptação de forma positiva, pela promoção do autocuidado na pessoa idosa, de forma mais independente e autónoma possível, permite que esta se sinta mais integrada e capaz no seu domicílio e comunidade. Pequenas alterações estruturais no seu domicílio,

como o recurso e utilização correta de produtos de apoio podem facilitar a mobilidade da pessoa idosa e a realização do seu autocuidado (Menoita, 2012). Evita-se desse modo os reinternamentos frequentes, muitas vezes associados à falta de acompanhamento no domicílio (Araújo & Pontes, 2002).

Aprofundar esta área de conhecimento, para além de ser uma problemática subjacente nos dias de hoje, como foi exposto anteriormente, nasce da minha experiência enquanto profissional. Sou enfermeira generalista e presto cuidados de enfermagem num serviço de medicina de um centro hospitalar central em Lisboa, estes incidem essencialmente na pessoa adulta e idosa, e família. O internamento de pessoas idosas com pluri-patologias é uma constante, podendo estas sofrer de patologias que de forma indirecta ou directa, impliquem alterações ao nível da sua mobilidade (como é o caso do Acidente Vascular Cerebral (AVC)), a agudização de doenças crónicas é outro factor que as leva a estar subjugadas a imobilidade prolongada, traduzindo-se em níveis de dependência elevados. Do ponto de vista do regresso a casa, assisto frequentemente a altas precoces, e naturalmente a preparação da pessoa que se vê menos capaz e dos cuidadores que assumem o papel de ajudá-la neste regresso, não existe, ou por vezes é fugaz. Os ensinamentos a nível hospitalar são muitas vezes reduzidos e inadaptados, pois não existe conhecimento do seu contexto social em geral e do seu domicílio em particular. Ao regressar a casa é aqui que se confrontam e consciencializam das dificuldades que ainda sentem, em poder cuidar de outrem ou de este mesmo se poder ajudar a si próprio. É um momento crítico e torna-se um ponto de intervenção fulcral, onde o EEER tem competência para promover a mobilidade da pessoa idosa, através de inúmeras estratégias e intervenções no seu domicílio.

Este trabalho divide-se em quatro capítulos, o primeiro retrata a pessoa idosa e o conceito de alteração da mobilidade. No segundo capítulo abarco a adaptação ao domicílio da pessoa idosa, promovida pelo EEER, com recurso aos produtos de apoio. Já no terceiro capítulo descrevo e analiso as atividades por mim desenvolvidas nos EC, refletindo sobre o meu percurso de

desenvolvimento de competências do EEER. No último capítulo encontram-se as conclusões deste relatório.

1. PESSOA IDOSA E ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE

Pessoa idosa é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) cronologicamente, como a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Em Portugal a esperança média de vida situava-se nos 79,78 anos de idade em 2012 (INE, 2011), já a nível mundial situa-se nos 70 anos de idade, devido à disparidade dos 80 anos para os países desenvolvidos e os 60 anos dos países em desenvolvimento (Global Health Observatory, s.d.). Com o aumento da esperança média de vida a nível mundial, a OMS teve a necessidade de definir três grupos de idosos de acordo com a idade cronológica, o “idoso jovem” dos 60 aos 74 anos, “idoso idoso” dos 75 aos 84 anos e os “muito idosos” com 85 anos ou mais (World Health Organization, 2004). Trata-se de uma definição cronológica de idoso e é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, pois existem diferenças significativas relacionadas com o estado de saúde, participação social e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade. Neste relatório assume-se pessoa idosa acima dos 65 anos de idade.

As alterações biológicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento ocorrem de forma natural ao longo dos anos, é um processo complexo individual, universal, progressivo e irreversível. Deste modo, diferentes idosos com a mesma idade cronológica apresentam diferentes padrões de envelhecimento. De modo global, segundo Berger & Mailloux - Poirer (1995), com o envelhecimento existem alterações estruturais (ao nível das células, tecidos, tegumentos) e alterações funcionais (sistema cardiovascular, respiratório, urinário, gastro-intestinal, nervoso, endócrino e reprodutor), sublinhando que todas estas modificações no organismo diminuem a capacidade de adaptação do mesmo. Este processo natural, é mediado por fatores genéticos, ambientais e comportamentais, logo, o estilo de vida adotado ao longo da vida, pode acelerar ou retardar o ritmo de envelhecimento

consoante o nível de stress, hábitos de higiene, exercício físico, hábitos tabágicos, bem-estar físico e psíquico (Botelho, 2007).

O processo de envelhecimento pode ser assim, considerado normal e patológico, o normal como o próprio nome indica, refere-se ao envelhecimento até aqui abordado onde têm lugar dimensões de natureza biológica e psicológica que implicam a ausência de patologias físicas ou psicológicas incapacitantes (Stuart-Hamilton, 2002; Cabete, 2005). Em relação ao envelhecimento patológico ou secundário, caracteriza-se pela existência de patologias que podem restringir o dia-a-dia da pessoa idosa (Cabete, 2005), existindo maior probabilidade de desenvolverem patologias como osteoporose, AVC, osteoartrose, esclerose, hipertensão arterial (HTA), que associando-se aos fatores genéticos de cada um desencadeiam um envelhecimento mais acentuado (Stuart-Hamilton, 2002).

Em Portugal, a longevidade actual e a prevalência de doenças crónicas são as principais causas do crescimento das taxas dos idosos portadores de incapacidades (Costa, 2012). Aspecto corroborado também por outros autores relativamente à realidade internacional (Heikkinen, 2003; Nogueira et al, 2010). Em Portugal segundo o INE (2014) o número de anos de vida esperados sem limitações de longa duração, era de 60,7 para os homens e 58,6 para as mulheres, em 2011, considerando o número de anos de vida saudável.

Com as alterações a nível estrutural e funcional, a pessoa idosa vai perdendo a capacidade de realizar de forma independente algumas AVD, assim, estas atividades podem ficar comprometidas quer pela dependência causada pela existência de uma ou mais doenças crónicas, quer pelo resultado global do envelhecimento natural (Berger & Mailloux – Poirier, 1995). O envelhecimento pode assim levar a alterações na vida do idoso, que lhe podem afectar a funcionalidade, mobilidade e saúde, privando-o de uma vida autónoma e saudável, diminuindo a sua qualidade de vida (Botelho, 2007; Cerqueira, 2010).

O modelo de Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), dá-nos uma perspectiva abrangente e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e onde estão perspectivadas as linhas da saúde biológica, individual e social. A CIF apoia-se em três princípios para se compreender o binómio condição de saúde/ambiente: todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde ou ambiente habitual, podem ser incluídas; fatores ambientais e pessoais são integrados e considerados; é reconhecida a multidimensionalidade e complexidade do fenómeno incapacidade (OMS, 2004). Entende-se deste modo, que a funcionalidade é o termo usado para as estruturas e funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade de forma genérica define deficiências, limitações na atividade e restrições na participação.

Incapacidade funcional surge então como a diminuição da capacidade ou mesmo incapacidade para realizar atividades de autocuidado, que são necessárias para uma vida independente (Yang Yang, 2005, citado por Menoita, 2012). A incapacidade funcional está relacionada com a limitação da mobilidade e expressa-se por dificuldade no desempenho de certos gestos e certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela incapacidade em desempenhá-las (Barreto, 2008), é a condição pela qual a pessoa experiencia uma limitação num movimento físico independente (Shumway-cook, Ciol, Yorkston, Hoffman & Chan, 2005). O termo incapacidade funcional é entendido por alguns autores, como descreve Alves, Leite e Machado (2008) na sua revisão da literatura, como um conceito multidimensional, decompondo-se em aspectos físicos, cognitivos e emocionais, que podem condicionar a independência ou não do indivíduo na realização das suas AVD. Por outro lado, segundo os mesmos autores, existe um predomínio nas pesquisas em que se utiliza medidas físicas e instrumentais na definição de incapacidade funcional, sendo desta forma uma medida do componente físico e um indicador de incapacidade. Como é um termo ainda debatido e por vezes ambíguo,

ressalvo que neste relatório incapacidade funcional refere-se apenas a termos físicos, que podem limitar o autocuidado da pessoa idosa.

O conceito de mobilidade implica a noção de movimento, este pode ser definido como um «processo no sistema músculo-esquelético: movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações» (ICN, 2011). Para Hoeman (2011) é a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio de uma maneira flexível e adaptável, já mobilizar é entendido como tornar alguma coisa móvel (ICN, 2011). Entende-se por capacidade em mobilizar-se, a capacidade de realizar um movimento voluntário do corpo, ou de ser capaz de se mover através de dispositivos, que o permitam.

Ser capaz de se mobilizar implica uma série de mecanismos, essencialmente dos sistemas neurológicos, musculoesquelético e cardiovascular. Contudo, esta mobilidade é por vezes inconsciente e desprovida de racionalização quanto à sua importância, uma vez que todos nós “fazemo-lo sem nos apercebermos verdadeiramente da importância que é podermos mobilizar sem restrições... Só nos apercebemos da importância do movimento quando, por qualquer motivo, nos vemos privados dessa possibilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.13).

Com a deterioração das estruturas neurológica e musculoesquelética, pelo envelhecimento, resultam as alterações na mobilidade. Segundo INE (2012b) cerca de 50% da população idosa tem muita dificuldade ou não consegue pelo menos realizar uma das AVD, de entre as dificuldades mais sentidas pela pessoa idosa encontra-se o andar e subir escadas com 70%, nas idades mais avançadas começam a incidir a dificuldade em tomar banho e vestir-se sozinho (INE, 2012b). As mulheres são o género mais afectado, os homens têm uma esperança de vida mais baixa, mas vivem mais anos sem limitações (INE, 2014).

Segundo Dantas, Pereira, Aragão e Ota (2002) a perda de mobilidade na pessoa idosa caracteriza-se pela diminuição progressiva da amplitude do movimento articular e pelo aumento do endurecimento articular, devido a uma

calcificação acentuada das cartilagens e dos tecidos em redor e a uma maior tendência para o encurtamento dos músculos. Levando ao desenvolvimento de artrites e de outras condições ortopédicas negativas que reduzem a elasticidade. O equilíbrio também sofre alterações resultantes do declínio da função dos vários sistemas envolvidos: a visão, sensação vestibular e periférica, comandos centrais, resposta neuromuscular e essencialmente, a força muscular e o tempo de reacção. As alterações mais comuns na pessoa idosa, são a diminuição da velocidade e comprimento do passo, perda do balanço normal dos braços e diminuição das rotações pélvica e escapular (Júnior & Heckman, 2002), a perda de massa muscular, que a partir dos 70 anos pode atingir os 30% (Fleck & Kraemer, 2006), e ao realizar marcha o número de passos aumenta e a amplitude dos mesmos diminui com a idade (Schenatto, Milano, Berlezi & Bonamigo, 2009). Thober, Creutzberg & Viegas (2005) referem que a dependência mais frequente dos idosos no domicílio está relacionada com o tomar banho, transferir-se e vestir-se.

A capacidade da pessoa idosa em se mobilizar é essencial para a execução das AVD e a consequente manutenção da sua independência. As AVD fazem parte do dia-a-dia de cada pessoa, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigências do quotidiano (Orem, 2001).

Roper, Logan, Tierney, (2001), consideram a mobilidade, como uma atividade de vida no seu modelo teórico de enfermagem, realizada de forma individual por cada um de nós, é um conceito dinâmico ao longo da vida em que transitamos de estados de dependência/independência e influencia todas as outras atividades de vida que impliquem movimento, assim como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Hoeman, 2011). Por dependência entende-se “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diárias.” (Amaral e Vicente, 2000, p.25, definido pelo grupo multidisciplinar do Concelho da Europa). Para Gil (2010), dependência é

frequentemente associado a dependência física considerada como incapacidade em realizar AVD, por ausência ou déficit de força e energia. Carvalhais (2010) salienta que a integração do familiar do idoso no seu meio diminui com o grau de dependência elevado, logo a intervenção do EEER é fulcral na promoção da sua adaptação ao domicílio. Uma vez que a dependência no autocuidado é um dos principais motivos para se recorrer à institucionalização do idoso (Rocha, 2012).

Orem (2001), define autocuidado como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelo indivíduo, em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o seu bem-estar. Para a mesma autora, o autocuidado é assim todo o cuidado que é “prestado pelo próprio ao próprio”. A capacidade de autocuidado é a competência que a pessoa tem de realizar comportamentos de autocuidado, sendo esta influenciada por vários domínios, como o cognitivo, físico e psicossocial. Neste sentido quando a própria pessoa não tem capacidade para realizar o seu autocuidado, necessita de cuidados especializados por parte da enfermagem como o agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa (Orem, 2001; Silva et al, 2009). Dessa forma o EEER avalia o potencial, capacidades, preferências e a participação da pessoa, para que a planificação das intervenções sejam adequadas, obtendo assim melhores resultados e mais realistas (Hoeman, 2011). Este modelo na enfermagem de reabilitação ressalva o princípio da autonomia da pessoa, em que no contexto de incapacidade funcional grave, o EEER deve apoiar a aquisição de competências para que a pessoa seja capaz de orientar os cuidados a si, sendo capaz de satisfazer as suas necessidades e preferências. Uma vez que a mobilidade influencia a realização do autocuidado, atividades essenciais à própria pessoa para se manter, esta pode apresentar dificuldade em realizá-las com maior ou menor grau de dependência, devido à sua condição física ou à implicação do ambiente circundante na sua esfera individual.

A pessoa idosa que experiencia alterações na sua mobilidade, tem de encontrar respostas adaptativas de forma a sentir-se de novo integrada no seu domicílio. Roy (2001) vê a pessoa como um sistema adaptativo, que ao longo do seu ciclo de vida está sujeita a estímulos focais, contextuais e residuais. Quando existe necessidade da pessoa se adaptar, esta ocorre de quatro modos: fisiológico, autoconceito, interdependência e papel desempenhado. Como EEER é nossa função que estas respostas adaptativas aconteçam de forma positiva, ao trabalharmos sobre os estímulos ambientais que possam diminuir a exigência na pessoa idosa e sobre as respostas adaptativas da mesma, promovemos a sua adaptação ao domicílio e consequentemente a sua saúde.

2. ADAPTAÇÃO AO DOMICÍLIO

Nos dias de hoje, após o período de hospitalização, o destino no momento da alta com maior representatividade é o próprio domicílio (42%), seguindo-se o domicílio de familiares (32%), a institucionalização para uma menor percentagem (20%) e o Lar (4%) (Pinto, 2011). A pessoa idosa que regressa ao domicílio e que apresenta alterações na sua mobilidade necessita de cuidados complexos.

Para dar resposta à necessidade destes cuidados surge a RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados). A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, e constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Uma das respostas da RNCCI são as ECCL, constituídas por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte o EEER e que são da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, equipas que se deslocam ao domicílio quando a pessoa em situação de dependência que necessita de cuidados, é incapaz de se deslocar. Segundo o Relatório monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI no primeiro semestre de 2014, a população da RNCCI com mais de 65 anos representava 83.7% da totalidade, onde 96.2% desta população é considerada incapaz ou dependente. O principal motivo de referenciação à RNCCI foi a dependência nas AVD com 91%, seguido da necessidade de ensino ao cuidador informal (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social, 2014).

O EEER, como elemento da ECCL, tem assim acesso ao domicílio da pessoa idosa em situação de dependência e um papel primordial na promoção da adaptação ao seu espaço, mantendo a sua autonomia e capacidade de autocuidado.

O EEER tem um conhecimento teórico e aprofundado do movimento do corpo humano, conhece as suas estruturas, a função dos músculos, articulações e nervos, o que lhe permite promover a mobilidade da pessoa idosa. A manutenção da mobilidade é fundamental na prevenção de alterações a nível respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, urinário, metabólico, sistema nervoso, pele e músculo-esquelético (OE, 2013). É da sua competência a implementação de planos de cuidados, que incluam exercícios específicos de acordo com a situação clínica do cliente idoso e objectivo do plano de reabilitação. Mobilizações passivas, passivas assistidas, ativas e contra-resistência, treinos de equilíbrio, resistência, exercícios isométricos, entre várias alternativas, são exercícios específicos a serem aplicados e trabalhados com o cliente idoso no seu domicílio. Os posicionamentos, transferências e treino da deambulação, são descritos como tendo ganhos positivos na promoção da mobilidade (Hoeman, 2011; Yeom, Keller, Fleury, 2009), e ao mesmo tempo impedem a progressão da debilidade motora associada ao envelhecimento. Estes exercícios que o EEER trabalha com a pessoa idosa, fazem parte dos muitos movimentos que se realiza para levar a cabo AVD. Ao utilizar medidas terapêuticas variadas, como exercícios específicos, educação para a saúde, apoio e aconselhamento, obtêm-se resultados que passam pela prevenção da perda funcional ou manutenção da função actual, pela redução do ritmo de perda funcional e pela recuperação ou compensação da função perdida.

O EEER para potenciar muitos destes exercícios e técnicas, recorre aos produtos de apoio. Produto de apoio, que anteriormente se designava por “ajuda técnica” é considerado qualquer produto, instrumento ou equipamento que quando usado previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação, da pessoa com incapacidade (Decreto-Lei nº

93/2009 de 16 Abril, 2009). Os produtos de apoio são usados para melhorar a função, podendo reduzir o impacto das limitações funcionais, acrescentar apoio e estabilidade para corrigir o equilíbrio, promover a força, melhorar a flexibilidade e controlo motor. Estes dispositivos podem desta forma ajudar no processo de reabilitação, no desempenho das atividades de mobilidade, proteger de lesões e permitir o regresso à atividade (Hoeman, 2011).

Quadro 1. Produtos de apoio segundo a classificação ISSO 9999/2007

- 04 – Produtos de apoio para tratamento clínico individual
- 05 – Produtos de apoio para treino de competências
- 06 – Ortóteses e próteses
- 09 – Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção
- 12 – Produtos de apoio para mobilidade pessoal
- 15 – Produtos de apoio para atividades domésticas
- 18 – Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios
- 22 – Produtos de apoio para comunicação e informação
- 24 – Produtos de apoio para manuseamento de objetos e dispositivos
- 27 – Produtos de apoio para melhoria do ambiente, máquinas e ferramentas
- 30 – Produtos de apoio para atividades recreativas

Fonte: <http://apn.pt/apn/faqs/como-se-classificam-os-produtos-de-apoio/>

Esta classificação consiste em três níveis hierárquicos (classes, sub classes e divisões) e os códigos de cada um correspondem a um par de dígitos (6 dígitos no total) utilizando-se uma linguagem unificada e padronizada a nível internacional. A selecção destes produtos deve fazer-se com base em vários critérios: a motivação da pessoa, as suas possibilidades funcionais, a evolução da sua desvantagem, as suas capacidades intelectuais, os seus recursos financeiros e o seu ambiente. A capacidade funcional e a fase de recuperação em que se encontra, vai determinar se o cliente necessita de um ou de vários produtos de apoio (Botelho, 2007). É da competência do EEER a escolha

adequada dos produtos de apoio e o seu aconselhamento junto da pessoa idosa (Regulamento nº 125/2011 de 18 Fevereiro, 2011), tendo em conta a sua individualidade, possibilidade económica, adesão, gosto, objetivos e fundamentalmente que proporcionem uma efectiva melhoria da sua mobilidade e consequente adaptação ao seu domicílio.

De forma a assegurar a igualdade de oportunidades de todos os cidadãos, promovendo a integração e participação das pessoas com deficiência e em situação de dependência, foi criado o Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). O SAPA integra estruturas do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, onde se encontram entidades prescritoras, financiadoras e uma gestora, sendo esta última o Instituto Nacional para Reabilitação (INR, I.P.) que centraliza num programa informático todos os pedidos de produtos de apoio realizados. Os produtos de apoio são prescritos por uma equipa técnica multidisciplinar junto da entidade prescritora a que pertencem, equipa esta que pode ser constituída por dois técnicos (Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 Abril, 2009). Com excepção dos produtos de apoio em que é necessário a prescrição obrigatória pelo médico. Consoante o tipo e complexidade e importância do produto de apoio é-lhes atribuído um nível de prescrição. Assim, as prescrições são de nível 1, 2 ou 3. De nível 1, quer dizer que os médicos dos Centros de Saúde e dos Hospitais do nível 1 têm competência para as prescrever; de nível 2, são os médicos dos Hospitais Distritais e, finalmente, de nível 3, são os médicos dos Hospitais Centrais e Centros Especializados com Equipa de Reabilitação constituída por médico e pessoal técnico, de acordo com a especificidade da deficiência (Despacho 6133, 2012). Há outras entidades que podem, a título excepcional ou pontual, atribuir e financiar os produtos de apoio, nomeadamente as Câmaras Municipais, as Juntas de Freguesia, a Cruz Vermelha e algumas associações.

Segundo o Relatório de Avaliação Física e Financeira do Financiamento dos Produtos de Apoio, de 2012, os produtos de apoio distribuídos pelos hospitais e centros de saúde foram 15.264, ocupando o primeiro lugar nas entidades financiadoras. Verificando-se ainda que os beneficiários destes produtos de apoio acima dos 65 anos de idade, 385 eram do sexo masculino e 355 do sexo feminino (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2013). Relativamente às tipologias dos produtos de apoio mais de metade estava relacionada com deficiência motora (54%), seguindo-se deficiência orgânica (22%). Os produtos de apoio mais atribuídos aos idosos relacionam-se com a alteração da mobilidade (Teixeira, 2010). De onde se destacam 12- Produtos de apoio para mobilidade pessoal; 15 – Produtos de apoio para atividades domésticas; 18 – Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios, uma vez que são aqueles a que o EEER recorre frequentemente para que o idoso consiga de forma mais autónoma, independente e com menor dispêndio de energia, realizar o seu autocuidado no domicílio.

Os fatores ambientais assumem-se de grande importância pela sua implicação nos determinantes da saúde, pelo facto de poderem alterar a incapacidade da pessoa, mas acima de tudo por serem considerados alvo de intervenção, com intuito de se promover a capacidade funcional (Fontes, Fernandes e Botelho, 2010). O domicílio da pessoa idosa interpretado como factor ambiental, é um foco da intervenção do EEER, ao avaliar-se o seu impacto na incapacidade da pessoa com alteração da mobilidade. No domicílio podem aparecer obstáculos que anteriormente não passavam de objectos de decoração, um simples tapete que não permite deambular com segurança, o degrau para a base de duche que não deixa a pessoa idosa realizar a sua higiene, são alvo de intervenção do EEER. Para além dos produtos de apoio que podem ser extremamente úteis na promoção da mobilidade da pessoa idosa, modificações físicas no seu espaço de vida podem aumentar de modo significativo a independência nas AVD. Pode bastar uma simples reorganização da mobília, e a pessoa idosa consegue mobilizar-se mais facilmente e de forma mais segura (Barreto, 2008). Deste modo, os produtos

de apoio e a adaptação do meio envolvente da pessoa idosa é um campo de intervenção importante na promoção da mobilidade e consequente autocuidado.

O EEER tem como objetivos a recuperação funcional da pessoa e a reintegração na família, comunidade e sociedade (Menoita, 2012). Pretendendo-se que a pessoa idosa após o período hospitalar, retorne às suas condições de vida anteriores à doença (Israel, Guimarães de Andrade e Teixeira, 2011) e se mantenha ativa e independente por mais tempo e no seu ambiente familiar. Ao promover a mobilidade da pessoa idosa, progride-se na capacidade de autocuidado e consequentemente na adaptação positiva ao seu domicílio. Não esquecendo que a intervenção do EEER vê a pessoa idosa na sua globalidade, nesta abordagem holística e abrangente, em que é necessária a intervenção de um grupo de profissionais de diferentes disciplinas, na qual o enfermeiro especialista se enquadra, e onde se compartilham valores e objetivos comuns, cuja meta é o bem-estar da pessoa idosa e a sua máxima autonomia.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências só existem enquanto processo dinâmico de articulação de conhecimentos técnico-científicos e a obtenção de um tipo de resposta satisfatória na interação com o meio envolvente. A competência não é estática, não resulta somente dos conhecimentos adquiridos, é antes um processo adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades do quotidiano. Sem dúvida que muito se aprende na teorização, mas a aprendizagem da essência da enfermagem aprende-se na prática, no EC. No meu primeiro diário de aprendizagem em EC (apêndice II), reflito sobre esta transição da teoria para a prática e sobre a minha evolução de conhecimentos e competências específicas do EEER.

O EC desenvolveu-se em dois locais, como referi anteriormente na introdução deste relatório, numa primeira fase no DRFR de um hospital central em Lisboa, pelo período de 6 semanas, com o objetivo de desenvolver competências ao nível da RFR. E numa segunda fase na ECCL, unidade funcional, que se encontra agregada à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um centro de saúde, numa vila na periferia de Lisboa, considerada. Com o objetivo de desenvolver competências a nível sensório-motor e de aprofundar conhecimentos ao nível da intervenção do EEER na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio.

O Enfermeiro Especialista (EE), independentemente da sua área de atuação, compartilha uma série de competências que são designadas por competências comuns e são transversais a todos os campos de conhecimento do EE, estando na maioria das vezes na base da sua intervenção. Para o desenvolvimento de competências enquanto EEER, estabeleci no meu projeto de aprendizagem objetivos específicos de acordo com as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 122/2011 de 18 Fevereiro, 2011 e Regulamento nº 125/2011 de 18 Fevereiro, 2011).

Num primeiro ponto irei analisar objetivos e as atividades por mim desenvolvidas de acordo com as competências específicas do EEER. Onde tive a necessidade de expor e refletir separadamente, sobre as atividades desenvolvidas em cada campo de estágio. Num segundo ponto, abranjo os objetivos e as atividades desenvolvidas de acordo com as competências comuns do EE, referindo-me aos dois campos de estágio em simultâneo, já que estiveram na base dos cuidados específicos que prestei como futura EEER. Estes objetivos foram propostos por mim no meu projecto de aprendizagem (apêndice I)

3.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O EEER tem um conhecimento científico que permite ajudar a pessoa com doença aguda ou crónica, maximizando o seu potencial funcional e independência, intervindo ao nível da prevenção de instalação de incapacidades, prevenção de complicações e na promoção e manutenção de funções residuais, que permitem à pessoa, a realização das suas AVD da forma mais independente possível (Regulamento nº 125/2011 de 18 Fevereiro, 2011).

3.1.1. Equipa Cuidados Continuados Integrados

Na comunidade o EEER começa a ter mais expressão nos dias de hoje, num estudo realizado na UCC de Matosinhos, foram demonstrados ganhos generalizados ao nível da redução do grau de dependência. Com mais expressividade no auto-cuidado higiene, vestir, uso da casa de banho, transferência de cadeira/cama, deambulação, uso de escadas e na diminuição do risco de úlceras pressão (Dias, 2010). Factos realistas e que dão visibilidade à importância da atuação do EEER na comunidade, com a promoção da qualidade de vida da pessoa.

A ECCI onde desenvolvi o EC, encontra-se agregada à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de um centro de saúde, e é constituída essencialmente por enfermeiros generalistas e três EEER (distribuídos por áreas geográficas). Esta equipa tem apoio da Unidade Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que disponibiliza a colaboração de técnicos, como o psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e fisioterapeuta, constituindo dessa forma uma equipa multidisciplinar. Em relação ao apoio médico, a ECCI não dispõe de nenhum médico atribuído, sempre que algum cliente necessitou da sua intervenção recorri ao médico de família.

O EEER desta equipa tem uma média de cinco a seis clientes a quem presta cuidados, e as visitas domiciliárias têm uma periodicidade de duas a três vezes por semana, dependendo do processo de reabilitação de cada cliente. Os clientes da ECCI são na sua maioria idosos, em situação de dependência e com co-morbilidades associadas, podendo ou não encontrar-se em situações agudas de incapacidade adquirida.

Relativamente ao primeiro domínio de competências específicas do EEER, refiro os objetivos abaixo mencionados, tendo como base, o tema do meu projeto de aprendizagem (apêndice I).

Quadro 2. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio cuida de pessoas com necessidades especiais.

Competências	Objetivos Específicos
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar fatores com impacto para a realização das AVD no contexto de vida da pessoa idosa, mais propriamente no domicílio; -Desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca dos produtos de apoio que promovam a mobilidade da pessoa idosa e a sua implicação na promoção do autocuidado.

Ao iniciar as visitas domiciliárias foi minha preocupação realizar uma completa colheita de dados do cliente idoso, já que é o ponto de partida para se projetar um plano de reabilitação. O cliente é sinalizado à ECCI através do sistema informático/plataforma da RNCCI, principalmente quando se trata de referência hospitalar, via telefónica ou por técnicos de saúde deste mesmo centro, que já seguiam a pessoa anteriormente noutras unidades funcionais. A informação clínica que me chegou, foi muitas vezes escassa.

Na ECCI a colheita de dados é realizada no domicílio do cliente idoso, onde se pode ter acesso às notas de alta de enfermagem e médica, facultadas pelo próprio e/ou familiares, assim como exames auxiliares de diagnóstico, que sejam importantes na fundamentação da minha intervenção como futura EEER. A primeira visita domiciliária é muito importante no estabelecimento da relação terapêutica entre mim, idoso e família, o respeito pela pessoa e cuidador, tendo em conta a sua dignidade e autonomia é a base do processo de reabilitação. Sempre procurei informar o cliente da importância da sua pro-atividade no processo de reabilitação, existindo dessa forma uma responsabilização, tanto de si como do cuidador familiar. Na minha prestação de cuidados procurei a mobilização de conhecimentos adquiridos em sala de aula e a pesquisa autónoma, fundamentando dessa forma as minhas intervenções.

Após a recolha da informação clínica, é necessário realizar uma avaliação global do cliente idoso, para determinar o nível de independência do mesmo, o ambiente ideal e os produtos de apoio necessários, para que seja capaz de realizar o seu autocuidado da forma mais autónoma possível. Para realizar a avaliação neurológica e músculo-esquelética, utilizei instrumentos padronizados, a aplicação de escalas. O processo clínico da pessoa idosa na ECCI, integra algumas escalas que me permitiram avaliar os níveis de função da pessoa, escala de Braden, índice de Katz, índice de Barthel, escala de Morse e escala de Lawton e Brody adaptada pela RNCCI. Para além destas, tive a necessidade de recorrer à escala de Glasgow, escala de Lower e a escala modificada de Ashworth, para complementar e fundamentar as minhas intervenções. A escala de avaliação da dor, (escala de faces (anexo I)), foi

também usada regularmente, pois alguns dos exercícios a nível motor, podem suscitar dor na pessoa idosa, fazendo com que a mesma se mostre renitente aos exercícios de reabilitação, quando a dor não é tratada.

O índice de Barthel (anexo II) permitiu-me avaliar o nível de dependência da pessoa idosa na realização de dez AVD, indicando dessa forma o nível de dependência global. Por outro lado, a partir das pontuações parciais de cada AVD foi possível conhecer as incapacidades específicas daquela pessoa e como tal adequar os meus cuidados às suas necessidades (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). Dos clientes idosos a quem prestei cuidados neste EC, de uma forma global apresentavam um grau de dependência grave a moderado. O índice de Barthel permitiu-me ainda no decorrer do plano de reabilitação reavaliar grau de dependência, demonstrando a existência de ganhos em saúde. Contudo os processos de reabilitação na pessoa idosa são morosos, tornando-se muitas vezes difícil no tempo do EC, ter a noção destes ganhos.

A escala de Lawton e Brody (1969) permite avaliar a dependência da pessoa relativamente às AIVD, (anexo III). Da minha experiência em EC, os clientes idosos apresentaram um índice de máxima dependência e/ou dependência de terceiros. Contudo, esta escala não é sensível a pequenos ganhos em termos de autonomia e mobilidade, como é descrito por alguns autores (Graf, 2013) e como me pude aperceber em EC. Relativamente ao índice de Katz (anexo IV), esta permitiu-me avaliar o desempenho funcional da pessoa em seis atividades de vida diária, dando-me a visão global da sua dependência. Estas três escalas permitiram-me realizar a avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa, ao nível das AVD e das AIVD.

Todavia para avaliar a alteração da mobilidade da pessoa idosa, foi necessário recorrer à avaliação da força, tónus muscular, a coordenação dos movimentos e o equilíbrio. Recorri à escala de Lower (anexo V) para a avaliação da força ,e à escala de Ashworth (anexo VI) para a avaliação do tónus muscular em cada segmento corporal.

Relativamente à escala de Braden (anexo VII) e de Morse (anexo VIII), permitiram-me na avaliação inicial traçar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e risco de queda, respetivamente. Oferecendo-me dados importantes, na escolha de produtos de apoio que foram úteis na redução destes riscos. Como a utilização de superfícies estáticas e dinâmicas que aliviam zonas de pressão. E a utilização do andarilho que possibilita uma marcha mais segura ao idoso com desequilíbrio, diminuindo o seu risco de queda.

Após a recolha de dados e avaliação inicial foi-me permitido iniciar a elaboração de um plano de reabilitação, tendo em conta o potencial daquele idoso, a avaliação funcional, o diagnóstico clínico, as condições físicas, as comorbilidades e os recursos familiares. Um plano com objetivos atingíveis mensuráveis e realistas.

Na ECCI prestei cuidados ao Sr. Pedro (nome fictício), (apêndice III- estudo de caso na ECCI), um Sr. de 66 anos de idade, referenciado à ECCI por ter sofrido um AVC do qual resultou hemiparésia esquerda. Como antecedentes pessoais apresentava: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) e HTA. Na avaliação inicial foi necessário realizar a avaliação neurológica (consciência, estado de orientação, memória e atenção, linguagem, sensibilidade, força muscular, tonicidade, coordenação motora e equilíbrio), e a avaliação da dependência e riscos, com recurso às escalas anteriores descritas. Deste modo, foi-me possível compreender as alterações de mobilidade do cliente e consequentemente quais os autocuidados em que este necessitava de ajuda. As escalas permitiram-me demonstrar os ganhos positivos, após a implementação do meu plano de reabilitação. Por exemplo, com a utilização da escala de Lower foi possível demonstrar que a força em alguns segmentos corporais se havia intensificado, como é demonstrado no estudo de caso, no apêndice III.

Identifiquei como fatores de impacto para a realização das AVD a sua hemiparésia esquerda (alteração motora) e um domicílio que não se encontrava adaptado a si, estando o cliente confinado ao quarto. A minha intervenção no Sr. Pedro, passou por potenciar as suas capacidades funcionais com exercícios de reabilitação, treino de equilíbrio, treino de coordenação motora, treino de fortalecimento muscular e evitar a instalação de espasticidade. A avaliação da força, pela escala de Lower, permitiu-me analisar qual o produto de apoio mais eficaz nesta situação inicial, a escolha recaiu sobre a cadeira de rodas, para se mobilizar em casa. Posteriormente solicitou-se a pedaleira para o fortalecimento muscular a nível dos membros inferiores, mas com alguma precaução, não se pretendendo provocar o reflexo espástico com a pressão exercida na região plantar.

Para ajudar a cuidadora (esposa) do Sr. Pedro a cuidar dele, já tinha sido solicitado pelo hospital de onde havia tido alta, uma cama articulada, contudo este produto de apoio, isolava ainda mais o Sr. Pedro da sua esposa e família, mantendo-se por períodos longos no leito. É intervenção do EEER reintegrar a pessoa idosa na comunidade, mas antes disso, no seu seio familiar e reintegrá-la na família. Refletir sobre os produtos de apoio que promovem ou não a participação da pessoa idosa, foi um exercício que realizei ao longo do EC, ponderando os benefícios que podem trazer na participação da pessoa idosa e na promoção da sua mobilidade.

Precisei de realizar pesquisa bibliográfica e recorrer ao vasto conhecimento e experiência do meu orientador de estágio (OE), para orientar e implementar adequadamente os produtos de apoio junto dos clientes idosos a quem prestei cuidados, pois existe uma vastidão destes produtos. Os produtos de apoio são usados para melhorar a função e o acesso a locais, eliminando dessa forma barreiras ambientais. Diminuindo ou eliminando limitações funcionais resultantes da alteração da mobilidade da pessoa idosa. Devendo este dispositivo ajustar-se ao ambiente físico da pessoa idosa.

Outro trabalho desenvolvido neste EC foi conhecer as instituições e protocolos existentes na comunidade que fornecem produtos de apoio a valor simbólico. O recurso mais utilizado nesta comunidade é o banco de ajudas técnicas da protecção civil, onde o cliente idoso usufrui desta ajuda por um período de 3 meses grátis, necessitando apenas da prescrição do EEER. Após este período de 3 meses, o produto de apoio é devolvido, caso necessite deste produto de forma permanente será necessário a sua aquisição. Esta solução, permite ao EEER recorrer a uma série de produtos de apoio que possam promover a capacidade funcional do cliente idoso, sem que seja necessário adquiri-lo de forma permanente. Já que muitos dos produtos de apoio, só são utilizados por determinado período de tempo, sendo uma mais-valia para o EEER recorrer a esta instituição. Foi o que constatei da minha experiência em EC, recorri a este banco de ajudas para requisitar vários produtos de apoio, sem que o cliente necessitasse de adquiri-lo, dispositivos como: roldanas, pesos, pedaleiras de pés e mãos, que potenciavam o fortalecimento muscular e que foram usados por determinado período de tempo. O recurso a associações também foi uma solução, mas deparei-me com a inexistência do produto de apoio, necessário, neste caso uma cadeira de rodas com apoio de cabeça para um cliente idoso com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

De uma forma global pude identificar fatores que condicionam as AVD da pessoa idosa, os mais visíveis são: a perda de mobilidade por incapacidade adquirida de forma aguda, doenças degenerativas, domicílio inadaptado às suas necessidades (barreiras arquitectónicas), mobiliário inadequado que limita a deambulação da pessoa e aumenta o risco de queda (como tapetes, fios de electricidade), baixos recursos económicos, cuidador familiar pouco presente. Todos estes fatores são passíveis de serem trabalhados pelo EEER.

Na visita domiciliária tem-se o privilégio de observar o ambiente em que a pessoa idosa está inserida, quando falo em ambiente este compreende não só o espaço físico como a dinâmica familiar do mesmo, já que se trata de recursos que poderão ser utilizados como pontos positivos e/ou pontos a trabalhar, para que o plano de reabilitação tenha sucesso. Permitindo-me compreender que

tipo de recursos a pessoa idosa possui para fazer face à sua nova condição e articular com entidades na comunidade caso seja necessário algum tipo de apoio suplementar, para além do cuidador familiar. A utilização dos recursos disponíveis na comunidade foi uma mais-valia na integração da pessoa idosa com alteração na mobilidade, conhecer estes recursos permitiu-me informar e disponibilizar alternativas de apoio quando existiu necessidade. Pode dizer-se que os cuidados que o cuidador informal não é capaz de dar resposta, são prestados pelos profissionais de saúde em articulação com outros técnicos, proporcionando mais qualidade de vida à pessoa. Nesta comunidade, as parcerias são várias e muitas vezes de carácter informal (Câmara Municipal, Santa Casa da Misericórdia, Junta de Freguesia, Protecção Civil, Centros Sociais e Paróquias), este apoio vai desde à ajuda no autocuidado alimentação até ao autocuidado eliminação e higiene.

Estes profissionais, as ajudantes de família, são solicitados para os cuidados de higiene e alimentação à pessoa dependente, onde EEER pode e deve ter um papel relevante na sua formação. Numa das visitas domiciliárias, constatei práticas inadequadas por parte das ajudantes de família, ao auxiliarem a pessoa idosa nos seus cuidados de higiene. A utilização incorrecta da cadeira sanitária, assim como a forma errada de transferir a cliente idosa, foram pontos cruciais para desencadear uma formação de carácter informal, onde tive a oportunidade de colaborar com o meu OE. Os temas foram: mecânica postural (com intuito de evitar lesões musculoesqueléticas), mobilização e posicionamento do cliente idoso, e a utilização correta dos produtos de apoio, que ampliam a mobilidade da pessoa idosa (cadeira sanitária, tábua de transferência para o banho, cadeira de rodas, andarilho, elevador de sanita entre outros). Foi uma excelente oportunidade de aprendizagem, onde tive um papel proactivo em ensinar e demonstrar a forma certa de se prestar este tipo de cuidados e a utilização correta dos produtos de apoio, tanto com maior segurança para o cliente como para os próprios profissionais. Esta situação serviu de ponte para se agendar uma formação mais formal a este grupo de profissionais.

Relativamente ao segundo domínio de competências específicas do EEER as minhas atividades desenvolveram-se tendo em conta os objetivos abaixo descritos.

Quadro 3. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio capacita a pessoa

Competências	Objetivos Específicos
J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar intervenções que promovam a mobilidade da pessoa idosa dentro do seu domicílio; - Promover a utilização de produtos de apoio que maximizem a mobilidade da pessoa idosa e a sua independência nas AVD;

As intervenções do EEER que promovem a mobilidade da pessoa idosa são vastas, desde os exercícios musculo-esqueléticos, até à introdução de produtos de apoio e a sua conjugação. Num processo de reabilitação é tudo muito pessoal, pois cada cliente idoso tem as suas características próprias e objetivos. No plano de cuidados, já anteriormente referido (apêndice II). Este idoso, havia sofrido um AVC isquémico do hemisfério direito com hemiparésia esquerda sequelar, de predomínio braquial (após avaliação da força segundo a escala de Lower). Apresentava hipoestesia a nível do Membro Superior Esquerdo (MSE) e apresentava Score 1 na escala de Ashworth, ou seja, um leve aumento do tônus muscular. No Membro Inferior Esquerdo (MIE) é visível descoordenação motora na rapidez, simetria e ritmo, ou seja, ataxia. Em relação ao equilíbrio apenas apresentava equilíbrio estático na posição de sentado. Este plano de reabilitação iniciou-se gradualmente com objetivos mensuráveis e realizáveis.

Iniciou-se o seguinte conjunto de exercícios:

- Mobilizações assistidas, passivas assistidas, ativas e com resistência dependendo da força de cada segmento corporal;

- Treino de equilíbrio, estático e dinâmico, na posição de sentado: sentado no leito sem apoio lateral, comigo à sua frente e solicitando a correcção postural, solicitava a rotação da cabeça para o lado esquerdo e direito, pedindo para observar por exemplo um objecto no quarto, “que horas são no relógio da mesa de cabeceira?” Solicitou-se posteriormente olhar em frente, dando pequenos “empurrões” em várias direcções, fazendo com que o cliente idoso compensasse com o tronco, fazendo-o atingir novamente o equilíbrio. Fazê-lo cair sobre o cotovelo do lado afectado pela hemiparésia e o lado são, estimulando-o a voltar à posição de sentado. Estes exercícios de exercitação e manutenção do equilíbrio sentado, foram importantes neste processo de reabilitação, para se conseguir transitar do equilíbrio estático sentado para o equilíbrio dinâmico.

- Atividades terapêuticas como o rolar, sentar e posteriormente a marcha, são baseadas no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés e possibilitam a reeducação do mecanismo reflexo postural, exigindo uma repetição constante. Foram executados exercícios como o rolar (sobre o lado afetado e o lado são); o realizar a ponte, com estabilização da anca; e a rotação controlada da anca;

- Auto-mobilização, foi ensinado ao Sr. Pedro exercícios que o próprio podia realizar sem a minha presença, com o intuito de uma maior consciencialização do lado afetado, possibilitando um padrão anti-espástico, regular. Posteriormente, para fortalecimento muscular a nível do MIE, incentivou-se a utilização da pedaleira.

O passo seguinte foi a introdução da posição de pé, numa fase inicial apenas para treinar o equilíbrio estático, e numa fase posterior para se dar início ao treino de marcha. Para realizar este treino foi necessário o apoio do andarilho, pois o equilíbrio do cliente idoso era débil, necessitando da minha ajuda na estabilização do MIE e MSE, na posição de pé. Para além disso, o apoio do andarilho na alavancagem do peso do corpo e o seu suporte na posição de pé, foi essencial. Todos os exercícios anteriores são exercícios que potenciam a amplitude de movimento e o fortalecimento muscular, com vista à realização das suas AVD e AIVD da forma mais independente possível e consequente autocuidado.

A minha intervenção no domicílio não passa só pelo cliente idoso, mas também pelo cuidador familiar. Este torna-se um recurso indispensável no plano de reabilitação do cliente idoso, muitos dos ensinamentos e orientações que dei passaram também pelo papel ativo do cuidador. No apêndice IV, encontra-se uma reflexão realizada neste EC, sobre a importância do cuidador familiar no plano de reabilitação do cliente idoso e a minha intervenção junto destes cuidadores, como futura EEER. Por exemplo, para o Sr. Pedro realizar o levante, a ajuda da esposa foi fundamental, o ensino da técnica de transferência e do levante ao cuidador, foi um passo importante no seu processo de reabilitação. Pois nos dias em que não existia a minha visita, para que o plano de reabilitação tivesse realmente sucesso, seria necessário um comprometimento da parte do Sr. Pedro na realização dos exercícios de automobilização e da esposa na ajuda da realização do levante.

A introdução de produtos de apoio na adaptação ao seu domicílio foi de extrema importância. A introdução da cadeira de rodas foi o primeiro passo para que este deixasse a divisão do quarto e pudesse aceder ao restante da casa. Contudo a casa de banho continuava a ser um local inacessível, pois a cadeira de rodas não passava na porta. Trabalhar as questões arquitectónicas foi o passo seguinte, garantir a acessibilidade à casa de banho, numa perspectiva de futuro para o Sr. Pedro, já que os processos de reabilitação são sempre morosos. Poder realizar o seu autocuidado higiene e eliminação, de

forma mais independente, iria fazê-lo sentir-se mais adaptado ao seu meio. As sugestões iniciais foram: por a porta a abrir para fora, colocar um armário de casa de banho mais pequeno, colocar barras de apoio junto à sanita e banheira, juntando tábua de transferência e cadeira de banho. Nesta situação os recursos económicos eram escassos o que se tornou um processo moroso, impedindo que este cliente idoso fosse mais autónomo no seu autocuidado higiene e eliminação. Os ganhos deste cliente idoso em termos de mobilidade foram significativos, pela conjugação de uma série de intervenções e pela ajuda dos produtos de apoio. O que vai de encontro ao estudo de Ferreira (2011), no final de um programa de reabilitação de enfermagem no domicílio os clientes apresentam maior independência funcional.

Como dispositivos de apoio aqueles que mais foram instituídos junto da pessoa idosa com ganhos a nível da mobilidade foram: cadeira de rodas; andarilho sem rodas; tripé; muleta; cadeira sanitária; tábua de transferência; barras de apoio; elevador de sanita; cama articulada. De forma indirecta foram utilizados pesos e pedaleiras, com frequência, para se conseguir o fortalecimento muscular com ganhos ao nível da mobilidade. A escolha destes produtos de apoio exigiu algum estudo e conhecimento, pois o que é adequado para um idoso não o é para outro. A avaliação neurológica do cliente idoso em associação com os seus objetivos, permitiu-me escolher os produtos de apoio mais adequados que promoveram a mobilidade e a sua capacidade de autocuidado. Cada produto de apoio serve para atenuar uma limitação funcional compensado-o, por exemplo: o cliente idoso com força a nível dos membros superiores (MS), mas limitado na função a nível dos membros Inferiores (MI) pode usar muletas, bengala, tripés ou pirâmides com base alargada (Hoeman, 2011). Os andarilhos, estão mais indicados para situações de perda de força tanto dos MS como MI e alteração do equilíbrio (Hoeman, 2011).

Como futura EEER tive a oportunidade de articular com outros profissionais da equipa multidisciplinar e encaminhar clientes idosos para instituições onde podiam oferecer aquilo que no domicílio já não era possível oferecer. Existiram clientes idosos (como o caso do Sr. Pedro, já anteriormente referido) que pela sua evolução motora ser bastante positiva, ao longo do seu plano de reabilitação, existiu a necessidade de encaminhá-lo para sessões de reabilitação em ginásio. Para além disso, articulou-se com o médico de medicina física e de reabilitação, que o seguia no ginásio e após consulta com o mesmo, foi referenciado ao Centro Reabilitação de Alcoitão, onde de forma intensiva o Sr. Pedro poderia ter mais ganhos em termos funcionais. Não deixei de realizar a visita domiciliária, mas diminui a regularidade da mesma, pois ainda existiam adaptações a fazer no domicílio e produtos de apoio passíveis de serem usados para que este pudesse realizar o seu autocuidado higiene e eliminação de forma mais independente (barras de apoio, cadeira sanitária, tábua de transferência).

Na ECCI a maioria dos clientes idosos a quem prestei cuidados, têm comorbilidades associadas, o que me exigiu conjugar conhecimentos da RFR, com a reabilitação a nível sensório motor. Por vezes é necessário otimizar a função respiratória e ao mesmo tempo fortalecer a pessoa idosa a nível muscular, para que esta seja mais independente no seu autocuidado. Ponderar o esforço respiratório com exercícios de fortalecimento, exige um equilíbrio ténue entre estas duas áreas que se conjugam.

Uma cliente idosa esteve internada num hospital central por agudização da insuficiência cardíaca e ao estar sujeita a imobilização prolongada no leito teve perda de massa muscular significativa. Aquando da primeira visita domiciliária, à minha avaliação, esta realizava marcha com equilíbrio dinâmico débil, na posição de pé, com oxigenoterapia no domicílio a 1 L/min para esforços. Apresentava cansaço fácil (para cerca de 5 metros a deambular). Apresentando um historial de idas ao hospital por quedas sucessivas. Um dos produtos de apoio a ser introduzido quase imediato, foi o andarilho, dando-lhe segurança e mais estabilidade na deambulação, contudo foi necessário algum

tempo de ensino para a senhora se conseguir coordenar com o mesmo. Este deve ser ajustado à sua altura de forma a que os cotovelos formem um ângulo de flexão de 25 a 30°. Para além disso retiraram-se vários tapetes do corredor e quarto, que aumentavam exponencialmente o risco de queda desta idosa. Sobre esta Sr^a encontra-se no apêndice V, um diário de aprendizagem, onde reflito sobre a responsabilização do cliente no seu plano de reabilitação, já que sem a existência de um compromisso ativo do mesmo, os ganhos são reduzidos ou inexistentes.

Deste EC saliento a também a oportunidade e experiência de prestar cuidados ao cliente idoso com doença degenerativa (Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA). São situações cujo principal objetivo do EEER é evitar complicações e ajudar a pessoa adaptar-se à perda contínua da sua independência, ajudando-a a permanecer por mais tempo no seu domicílio, evitando o internamento e/ ou institucionalização. Contactei com dois clientes idosos com ELA, cada um com uma forma singular de lidar com esta doença. O plano reabilitação, nestes clientes incidiu na RFR como prevenção de infeções respiratórias, já que existe diminuição da capacidade de ventilação, por atrofia muscular. E por outro lado como a perda de mobilidade é uma consequência desta doença, pela degeneração do sistema nervoso central, afetando principalmente os neurónios motores dessa área. O meu objetivo passou também por ajudar o cliente idoso a adaptar-se à sua nova condição, com a introdução de produtos de apoio que diminuam a sua dependência no autocuidado.

Assisti à perda de força muscular numa cliente idosa com ELA (segundo a escala de lower) passar de força 3/5 nos membros inferiores até a 1/5, nas 12 semanas de EC. O impacto de perder a sua independência diária e estar consciente do mesmo, estava a ter um efeito devastador nesta idosa em termos emocionais. A minha intervenção foi fundamental para ajudá-la a lidar com esta perda e introduzir medidas para promover a sua mobilidade. Os produtos de apoio introduzidos tiveram ganhos muito positivos para este cliente idoso, não só na promoção da mobilidade, mas também em termos

emocionais, mantendo-se adaptado ao seu domicílio por mais tempo, e diminuindo a sua dependência no autocuidado tanto para si, como para o cuidador familiar.

Começar a realizar a higiene no leito foi para esta idosa um factor destabilizador e de ansiedade, a introdução da cadeira sanitária para ir ao duche foi uma mais-valia na capacidade de se deslocar à casa de banho e manter o autocuidado higiene. Contudo a perda de equilíbrio na posição de sentada, foi abrupta. Como o risco de queda, era alto risco, (escala de Morse – anexo VIII), acordou-se com a mesma que o banho no duche passaria a uma vez por semana. A negociação com o cliente foi constante neste processo de reabilitação. Introduziram-se outros produtos de apoio, como o elevador de sanita, várias barras de apoio, em pontos estratégicos do domicílio e a cadeira de rodas para se mobilizar. Como a perda do controle postural estava a ser significativo, iniciou-se o trabalho de procurar cadeira de rodas com apoio de cabeça. Existiu muito trabalho em termos de relação terapêutica, para se negociar todas estas intervenções com a mesma.

Por último, no quadro seguinte exponho os objetivos relacionados com o domínio de competência, maximização da funcionalidade da pessoa. Onde se pretende que o EEER implemente planos de reabilitação, tendo em conta a globalidade da pessoa, e as potencialidades que pode atingir. Algumas das atividades relacionadas com os objetivos seguintes, coadunam-se com atividades já descritas anteriormente onde procurei maximizar a mobilidade da pessoa idosa, tendo em conta as suas co-morbilidades associadas. Contudo estes planos de reabilitação não teriam tanto sucesso se não se trabalhasse em equipa.

Quadro 4. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências no domínio maximiza a funcionalidade

Competências	Objetivos Específicos
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências na elaboração e implementação de planos de cuidados de reabilitação individualizados, que visem a maximização da mobilidade da pessoa idosa. - Desenvolver destreza manual em técnicas específicas de reabilitação que promovam a mobilidade da pessoa idosa e em técnicas de RFR;

O EC na ECCI permitiu-me realizar vários planos de cuidados de reabilitação, pela variedade de clientes a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, sendo até um período em que existiu um fluxo superior de clientes à ECCI, o que enriqueceu a minha prática.

A articulação com outros profissionais de saúde foi fundamental na maximização das capacidades de mobilidade do cliente idoso:

- Dietista: Ajustava o plano alimentar de acordo com os gastos energéticos do idoso e as suas patologias de base (DM2, HTA); Algumas das visitas foram realizadas juntamente comigo;

- Terapeuta ocupacional: Quase não fiz referência aos produtos de apoio para o autocuidado ingestão suficiente de água e de alimentos, isto porque na ECCI as próteses realizadas e adaptadas a cada cliente idoso de acordo com a suas limitações nos movimentos finos, são trabalhados pelo terapeuta ocupacional da equipa. O meu complemento passou pela mobilização e exercitação destes mesmos segmentos corporais, para além da supervisão e treino do autocuidado. Avaliando a sua adaptação a este produto de apoio.

- Fisioterapeuta: Alguns dos clientes idosos que durante o seu plano de reabilitação, já tinham adquirido a capacidade de se mobilizar para sair do

domicílio, eram acompanhados em ginásio pelo fisioterapeuta da ECCL. Esse encaminhamento era muitas vezes feito pelo EEER e por mim. Alguns dos clientes também já eram seguidos pelo fisioterapeuta no domicílio, potenciando-se dessa forma a reabilitação motora do mesmo.

- Assistente social: O encaminhamento à assistente social surgiu em casos como o do Sr. Pedro (estudo de caso- apêndice III), onde existia o potencial de beneficiar de sessões em ginásio, o que implicava custos adicionais, e onde existia carência económica.

- Médico de família: Solicitou-se a sua colaboração em situações de alteração de parâmetros vitais, e em sinais de possível infecção, como foi um caso de um cliente que apresentava disúria e cheiro fétido da urina.

- Encaminhamento a outras instituições: Tive a oportunidade de encaminhar clientes para o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde o cliente idoso havia sido referenciado para a ECCL, contudo com o decorrer do plano de reabilitação instituído e como os ganhos positivos em termos motores. Solicitou-se nova consulta com médico de medicina física e de reabilitação que fez esse encaminhamento, concordando com a minha avaliação.

Deparei-me também com outra situação diferente de encaminhamento, prestei cuidados a um cliente idoso no domicílio que sofreu um AVC isquémico esquerdo. Como sequelas apresentava afasia global, hemiplegia direita com alguma espasticidade associada. Este idoso passava quase o tempo todo sozinho, a cuidadora principal (filha) trabalhava e não conseguia estar presente frequentemente. Logo os estímulos eram reduzidos, resumindo-se à higiene de manhã pelas ajudantes de família, a minha visita três vezes por semana, a filha à hora das refeições e ao deitar. Este idoso necessitava de mais estímulos sensoriais e físicos, para que a sua reabilitação tivesse mais ganhos, quer a nível da sua afasia em que por vezes tentava pronunciar algumas palavras, quer a redução do padrão espástico que estava a adoptar rapidamente. Neste sentido, após se negociar com o cuidador familiar, o idoso foi encaminhado

para uma unidade de média duração em reabilitação. O que vai de encontro ao estudo de Pinto (2011), onde chega a conclusão que a inexistência ou a impedição de cuidar, pode ser preditiva de institucionalização em casos de dependência funcional. A intervenção do EEER não passa só pela prestação de cuidados direta, mas pela capacidade e responsabilidade em avaliar o potencial daquela pessoa e os ganhos que terá se tiver um programa de reabilitação mais intensivo. Pois a atuação do EEER no domicílio, por mais criativa que seja tem limitações.

Relativamente à minha destreza manual, posso dizer que tive muitas oportunidades de a desenvolver e corrigi-la diariamente junto com OE, tanto a nível sensório motor, como em técnicas de RFR. Principalmente na postura corporal, foi onde tive mais dificuldade pois as condições no domicílio são diferentes das hospitalares, onde trabalho diariamente. No hospital coloco os planos e os espaços a meu favor grande parte das vezes, no domicílio não posso elevar os planos das camas, não posso alterar as cadeiras e os cadeirões, tendo eu de adoptar a postura correcta quando me encontro a trabalhar com o cliente.

3.1.2. Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória

Este EC foi desenvolvido no DRFR, de um hospital central em Lisboa. A equipa deste departamento é constituída por EEER, assistente social, uma médica especialista em pneumologia, e a dietista do serviço de pneumologia do mesmo hospital que dá apoio a este departamento.

O DRFR é constituído por várias valências, o hospital de dia que recebe clientes em regime de ambulatório que necessitem de cuidados de RFR. Clientes em situação de internamento neste mesmo hospital, em serviços que não tenham EEER. E a consulta de fibrose quística, a clientes portadores desta doença.

Tive a experiência e a oportunidade de prestar cuidados nas várias valências, mas o meu EC incidiu preferencialmente nos cuidados aos clientes que se encontravam internados, nos vários serviços deste hospital.

Os objetivos por mim definidos, no primeiro domínio de competência do EEER, foram os seguintes,

Quadro 5. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR

Competências	Objetivos Específicos
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	<p>-Desenvolver e aprofundar conhecimentos na avaliação da função respiratória;</p> <p>-Desenvolver e aprofundar conhecimentos na interpretação de exames auxiliares de diagnóstico e a sua implicação nas nossas intervenções como EEER;</p>

RFR a clientes internados nos serviços de internamento

Antes de iniciar a prestação de cuidados ao cliente, realizei sempre a avaliação inicial da função respiratória do cliente. A avaliação inicial da função respiratória é essencial para que a nossa intervenção seja congruente com a situação clínica do cliente. Só assim pude planear e executar o plano de cuidados adequado àquela pessoa. A avaliação da função respiratória implica o conhecimento da história de doença actual e da doença pregressa, terapêutica instituída e a história social do cliente. Estes dados são colhidos através do diário clínico e da própria pessoa quando fornece história.

Em seguida há que realizar a avaliação subjectiva: tosse, características da expectoração, dispneia e toracalgia. E a avaliação objectiva partindo-se da inspecção de sinais de cianose, inspecção do tórax, avaliar a frequência respiratória, ritmo respiratório, amplitude, simetria, realizar a palpação do tórax

e recorrer à auscultação pulmonar, onde são descritos os sons respiratórios e ruídos adventícios. Realizei sempre esta avaliação na primeira visita ao cliente e nas visitas seguintes antes de iniciar a sessão de RFR a avaliação objectiva era realizada antes e no final da sessão, com intuito de avaliar os cuidados prestados e os ganhos em saúde. A folha de registos do DRFR (anexo IX), permitiu-me facilmente analisar os ganhos da sessão de RFR, tal como a continuidade de cuidados de uma forma muito sintética, relativamente à função respiratória daquele cliente.

Numa fase inicial foi para mim um pouco difícil “treinar” o ouvido relativamente aos ruídos adventícios, socorri-me da experiência e disponibilidade da OE, e apesar de alguns dias atribulados neste departamento, sempre me foi dado espaço para o fazer com tempo. A experiência prática diária e a oportunidade de auscultar todos os clientes a quem prestei cuidados, foi uma mais valia neste processo.

O facto de sermos externos ao serviço de internamento onde o cliente se encontra, torna fundamental a existência de uma comunicação eficaz entre nós EEER, enfermeiros generalistas e médico assistente do cliente. Em cada sessão de RFR, foi-me incutido pela EEER abordar o médico assistente do cliente e o enfermeiro responsável, com intuito de obter informação relevante para iniciarmos o processo de RFR. Como é um cliente internado, a sua estabilidade clínica pode alterar-se rapidamente de um dia para o outro, daí procurar esta segurança para trabalhar. A consulta ao médico assistente, também aconteceu algumas vezes para nos esclarecer relativamente ao pedido de RFR para aquele cliente, pois algumas vezes o motivo exposto era “secreções” por exemplo. Objetivar o motivo de pedido da RFR antes de iniciar a prestação de cuidados, é importante para compreendermos de forma global a situação clínica daquele cliente. Trata-se de pneumonia? Trata-se de tosse ineficaz? Tem algum diagnóstico secundário? Por exemplo AVC? A consulta do processo clínico e exames a nível informático foi primordial, antes de iniciar a minha prestação de cuidados, uma óptima colheita de dados e a integração

deste conhecimento para estabelecer o meu plano de intervenção de RFR, foi um dos primeiros passos.

Existiu uma situação em que o cliente tinha contra-indicação para realizar RFR, contudo foi solicitado pelo seu médico assistente estes cuidados. Na colheita de dados ao ler o processo clínico, observei que o cliente tinha diagnosticado Trombo-embolismo Pulmonar, uma contra-indicação da RFR. Fundamentar o porquê de não intervirmos é tão importante como fundamentar o porquê da nossa intervenção.

Sempre que possível recorri ao sistema informático, para a consulta de exames auxiliares de diagnóstico do cliente a quem iria prestar cuidados. A radiografia tórax, dá ao EEER a possibilidade de avaliar a evolução da doença, assim como as respostas à sua intervenção. Ser capaz de interpretar uma radiografia tórax foi um trabalho contínuo e diário que realizei ao longo do EC, ressalvo novamente o empenho da OE. Para além disso existiu uma pequena formação de carácter informal, dinamizada pela pneumologista do DRFR, onde nos voltou a relembrar como interpretar uma radiografia tórax.

Contudo, os exames auxiliares de diagnóstico não se ficam por aqui, a interpretação da gasimetria arterial também constitui um dado importante na intervenção do EEER. Em patologias mais específicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a espirometria é fiável no diagnóstico desta patologia, com a avaliação da limitação do fluxo aéreo antes e após a administração de um broncodilatador, também usada nos casos de asma. A tomografia computadorizada, não é tão relevante mas é importante no despiste de situações mais específicas como enfisemas bolhosos.

No segundo domínio das competências específicas do EEER, desenvolvi atividades de acordo com os objetivos abaixo,

Quadro 6. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR

Competências	Objetivos Específicos
J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar intervenções que promovam a otimização da função respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório; - Compreender especificidades de patologias respiratórias e o contributo da reabilitação respiratória na vida da pessoa;

No DRFR tive a oportunidade de na prática clínica intervir em clientes com patologias várias: derrame pleural; DPOC; Pneumonias; Defeitos ventilatórios por alterações corporais ou AVC; fibrose quística; clientes com drenagens torácicas. Tal como em situações específicas que podem comprometer a função respiratória como o caso dos clientes pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos, clientes com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva e clientes com drenagens torácicas. Ter a experiência de prestar cuidados a clientes com esta vasta diversidade de patologias e especificidades, permitiu-me aplicar e mobilizar conhecimentos adquiridos em sala de aula. Cada cliente tendo em conta a sua especificidade e patologia de base irá beneficiar de um plano de RFR aplicado a si. O que exigiu a análise e reflexão quase permanente. Para além disso tive sempre em consideração as patologias de base dos clientes a quem prestei cuidados.

A prestação de cuidados ao Sr. José (nome fictício) (apêndice VI-estudo de caso no DRFR), que se encontrava internado por derrame pleural bilateral e por insuficiência cardíaca, associado a DPOC agudizada, foi um desses exemplos. Um Sr. de 80 anos de idade, como antecedentes pessoais

relevantes apresentava DPOC tabágica; bronquiectasias; hipertensão pulmonar moderada; cardiopatia Isquêmica; insuficiência cardíaca congestiva classe III-IV/V; portador de pacemaker. À minha observação apresentava tosse ineficaz; expectoração mucosa fluida e escassa; trepopneia em decúbito lateral esquerdo, quando dorme à noite; cansaço a esforços, após alguma atividade como comer uma refeição principal; Padrão respiratório predominantemente torácico; à inspecção apresentava amplitude diminuída, com diminuição da expansão pulmonar à direita (hipomobilidade da hemicúpula direita), com assimetria dos movimentos respiratórios do tórax; à palpação apresenta diminuição do frémito tóraco vocal; à percussão, macicez. Na auscultação pulmonar (AP): Murmúrio vesicular encontrava-se diminuído no 1/3 inferior e médio do hemitórax direito e no 1/3 inferior esquerdo. À observação da radiografia de tórax, verificava-se um apagamento do seio cardio-frénico e custo frénico à direita, com hipotransparência na base do hemitórax direito, característico da existência de derrame pleural.

Neste seguimento as minhas intervenções na RFR basearam-se na adopção de posições de descanso e relaxamento; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; exercícios reeducação diafragmáticos: reeducação diafragmática da porção posterior do diafragma (decúbito dorsal); reeducação da hemicúpula diafragmática (decúbito lateral direito); expiração com lábios semi-cerrados e mais prolongada que a inspiração; exercícios reeducação costal: reeducação costal selectiva lateral direita com abdução do membro superior; terapêutica de posição: foi importante incentivar o Sr. José a realizar levantar para o cadeirão várias vezes ao dia e no leito incentivá-lo a privilegiar o decúbito lateral esquerdo; mobilização das articulações escapulo-umeral; suplemento de O₂ para corrigir hipoxémia; administração da terapêutica inalatória broncodilatadores e corticóides; reeducação diafragmática com resistência; ensino da tosse assistida e dirigida; exercícios de reeducação respiratória globais de tipo abdomino-diafragmático (global, porção anterior com resistência, hemicúpula direita e esquerda); inspirações profundas pelo nariz e expiração lentas com os lábios semicerrados e manobras expiratórias

(TEF-Técnica Expiratória Forçada- HUFF) com o fim de facilitar a progressão das secreções. Os objetivos destes exercícios de RFR foram: impedir a formação de aderências, impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências, diminuir a hiperinsuflação, reduzir a ansiedade e a sobrecarga muscular, corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição da ventilação alveolar; assegurar a permeabilidade das vias aéreas e diminuir os níveis de ansiedade, conseguindo estabelecer um bom padrão de sono noturno. Após a instituição deste plano de RFR, o Sr. José apresentava melhor tolerância ao esforço e à observação da radiografia tórax observava-se que o derrame pleural se encontrava reabsorvido quase na totalidade (apêndice VI).

A prestação de cuidados a clientes cirúrgicos foi também uma mais valia no meu processo de formação. A minha intervenção nos clientes pré-cirúrgicos consistiu em preparar para o pós-cirúrgico, evitando dessa forma complicações pós-cirúrgicas que podem aumentar a morbilidade, mortalidade e o tempo de permanência no hospital, como as infecções respiratórias. As minhas orientações passaram pelo ensino da posição de descanso e relaxamento, ensino da consciencialização dos tempos respiratórios, ensino da respiração abdomino diafragmática, ensino da tosse com a contenção da ferida operatória; ensino da mudança de posição e levante, e ensino da correcção postural.

Pude aperceber-me que os clientes pós cirúrgicos, com ensinamentos prévios de RFR, tinham uma recuperação mais rápida que os clientes que não tinham tido acesso a esses mesmos cuidados. Sendo também mais fácil a minha intervenção, nestes primeiros, ao relembrar os conhecimentos adquiridos dos clientes, estes realizavam rapidamente os exercícios de RFR previamente ensinados. Os clientes que não tinham qualquer preparação prévia à cirurgia, quando se encontravam no período pós cirúrgico, a minha intervenção pressupunha mais tempo e disponibilidade, até se iniciar o programa de RFR. Existindo a necessidade de desmistificar alguns medos relativamente a dispositivos, como drenagens, drenos, ferida operatória, já que se encontravam numa situação geradora de stress.

Por último, foi meu intuito desenvolver a minha destreza manual em técnicas que optimizassem a função respiratória, como é descrito no quadro seguinte,

Quadro 7. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências na área de RFR

Competências	Objetivos Específicos
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	- Desenvolver destreza manual em técnicas específicas de RFR;

Como tive a oportunidade de ter contacto com clientes com uma série de patologias foi-me possível desenvolver a minha destreza manual em técnicas como percussão, vibração, palpação, posicionamentos terapêuticos e ajuda nos tempos expiratórios.

3.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Seja qual for a área de atuação dos EE, todos partilham entre si um conhecimento comum. A sua intervenção passa por ambientes primários, secundários e terciários, devendo estar apto a educar, orientar, liderar, aconselhar o cliente e seus pares. Desenvolvendo desse modo, um conhecimento, que permita melhorar a prática de enfermagem. De acordo com as competências comuns do EE, estabeleci no meu projeto de aprendizagem os objetivos descritos no quadro abaixo, para ambos os locais de EC:

Quadro 8. Objetivos específicos para o desenvolvimento de competências comuns do EE

Competências	Objetivos Específicos
<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<p>1.Desenvolver uma prática profissional com respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa e responsabilização profissional</p>
<p>B1.Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2.Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p>2. Promover um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa nos diferentes ensinos clínicos.</p>
<p>C1.Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional.</p> <p>C2.Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados</p>	<p>3. Colaborar com enfermeiro orientador nos diferentes locais de EC, na gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação face à equipa de enfermagem, permitindo uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.</p>
<p>D1.Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.</p> <p>D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>4. Reflectir sobre o desempenho efectuado na prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes ensinos clínicos com vista a aquisição de novos conhecimentos, crescimento pessoal e profissional.</p>

Os objetivos acima descritos, relacionam-se com o domínio da responsabilidade ética e legal, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das atividades profissionais. Desta forma, foi meu intuito nos

contextos de prática, desenvolver estas competências na minha área específica, reabilitação, como passo a descrever.

Na ECCI a existência de uma média de seis clientes a quem o EEER presta cuidados, pode limitar o acesso de outros clientes a estes cuidados e/ou a frequência da nossa visita domiciliária, quando existe um maior fluxo de clientes superior ao habitual. A tomada de decisão do EEER é aqui crucial, pois irá condicionar os cuidados de reabilitação a que o cliente tem acesso. Quando existiu um maior fluxo de clientes na ECCI, o EEER tomou a decisão de privilegiar a intervenção junto de clientes em situações agudas de incapacidade adquirida, como o caso de clientes com AVC, onde a nossa intervenção precoce e sistematizada pode ter um benefício elevado, na melhoria da sua capacidade funcional. O que vai de encontro ao preconizado pela DGS (2001), onde se defende que a intervenção precoce pode promover a recuperação da mobilidade ao fim de algumas semanas, e em outras situações apenas ao fim de 3 meses de um programa de reabilitação se podem observar melhorias na mobilidade. Privilegiou-se situações agudas em detrimento de situações crónicas. Não posso dizer que se privilegiou um cliente em detrimento de outro, pois o princípio da não maleficência e beneficência foi tido em conta, levando a que prestação de cuidados, fosse feita de forma equitativa, situações diferentes devem ser tratadas de forma diferente. Esta perspectiva é tida em conta no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (2012), se por um lado defende a acessibilidade aos cuidados de saúde, por outro defende a forma equitativa de estes serem prestados. Concluí que na prática não se deixa de intervir junto de clientes crónicos, mas ao incidir os meus cuidados ao nível da prevenção de complicações, aquisição e manutenção de capacidades funcionais, optei por privilegiar aqueles que podem ter mais benefício em termos funcionais, realizando visitas domiciliárias mais frequentes a estes últimos.

Na ECCI tive ainda uma situação de cuidados que me deu a oportunidade de mobilizar conhecimentos relacionados com a maioria dos domínios das competências comuns do EE. Foi sinalizado à ECCI, pela assistente social, um cliente idoso, com suspeita de maus tratos pelo seu cuidador familiar. Decidiu-

se que o EEER seria a melhor opção para exclusão destas dúvidas, pois teria a oportunidade de observar fisicamente o idoso, e conhecer os cuidados que lhe eram prestados pelo seu cuidador. Foi então agendada a primeira visita domiciliária, a informação que existia era escassa, senhor de 90 anos de idade, com várias co-morbilidades associadas (entre elas HTA, demência, doença osteoarticular, cardiopatia isquêmica e AVC isquêmico do hemisfério direito). Características que por si só, determinam este idoso como vulnerável, associado à dependência física, a demência é um dos fatores mais associados a abusos de idosos como é descrito por alguns autores (Wiglesworth, Mosqueda, Mulnard, Liao, Gibbs, Fitzgerald, 2010). A primeira visita domiciliária foi essencial para se compreender e avaliar alguns sinais que podem indiciar maus tratos. Sinais de abuso físico, psicológico, sexual, financeiro e negligência (World Health Organization, 2008), são sinais a que todos os enfermeiros devem estar alerta, sendo EE ou enfermeiros generalistas. Claro que estes sinais na grande maioria não são facilmente visíveis ou percebidos, logo decidiu-se iniciar um plano de reabilitação a este idoso, não só para avaliarmos de perto esta situação, como para potenciarmos algumas capacidades deste idoso. Após a minha avaliação, o plano de reabilitação proposto junto desta cuidadora e idoso, foi manter mobilidade e amplitude articular a nível dos membros superiores, já que apresentava espasticidade e rigidez articular em todos os segmentos corporais, associando-se dor e desconforto à sua mobilização no leito. Esta tomada de decisão serviu como “âncora” para o verdadeiro objetivo deste plano de reabilitação, compreender os cuidados que o cuidador familiar prestava, salvaguardando os direitos humanos deste idoso. As visitas domiciliárias foram programadas com a periodicidade de três vezes semana, sem aviso prévio, permitindo-me desta forma avaliar a situação de forma mais real. Estas visitas consistiram: na avaliação dos cuidados prestados pela cuidadora; ensino, orientação e treino de posicionamentos; utilização de estratégias adequadas para a prevenção de úlceras de pressão (como apoio da roupa do leito, impedindo a pressão sobre os dedos dos pés; aquisição de colchão de pressão alterna e cama articulada) e mobilização assistida e passiva dos membros

superiores e inferiores. Observei que tudo o que foi proposto com o intuito de melhorar a qualidade de vida deste idoso, foi sempre consentido e demonstrado pela cuidadora, nunca se mostrando renitente à minha visita. Da avaliação realizada, fisicamente este cliente não mostrava qualquer sinal de maus tratos, alguma desidratação era visível, mas pela resistência do mesmo à ingestão de água, os ensinamentos sobre alternativas a líquidos, como chás, sumos e gelatinas foram suficientes para reverter esta situação.

eticamente esta cuidadora familiar, não sabia realmente qual o objetivo principal da minha intervenção, contudo a salvaguarda dos direitos humanos deste idoso era superior ao consentimento informado desta cuidadora. Era evidente que a intervenção por parte do EEER em termos de ganhos motores, não seria mais que manter apenas as suas funções e diminuir a espasticidade, mas ter ganhos em termos de mobilidade não era possível devido à sua condição física e psicológica já muito debilitada. O respeito pela sua dignidade humana foi o mais importante nestas visitas domiciliárias. Após algumas visitas domiciliárias compreendi que poderia existir abuso financeiro, por parte da cuidadora, pois a reforma do cliente idoso era usufruída pela mesma, valores monetários ainda elevados. Mas a sugestão de adquirir produtos de apoio (cama articulada, colchão de pressão alternada, apoio de roupa do leito) com o intuito de promover mais conforto ao idoso, estavam a ser bem aceites por esta cuidadora. Compreendi que como futura EEER tenho um papel privilegiado na detecção deste tipo de situações e protecção do idoso, evitando consequências físicas e psicológicas graves, realizando o seu encaminhamento a profissionais, com competência em actuar em termos jurídicos.

Promover um ambiente seguro na prestação de cuidados como futura EEER, foi sempre uma preocupação minha, não pôr em risco o cliente a quem prestei cuidados. Na ECCL, tive noção que integrar este papel foi mais difícil, não por não me sentir segura nas minhas intervenções, mas o cuidador familiar e o cliente a quem prestei cuidados, numa fase inicial mostraram-se mais renitentes à minha intervenção. Isto porque, naquela comunidade o meu OE era a pessoa de referência daquele idoso e família, introduzir um novo

profissional com este papel, é um processo que se vai construindo. A família e o próprio cliente, comparavam-me com o meu OE, avaliavam os meus cuidados e a segurança de como prestava os cuidados. O saber estar, saber demonstrar confiança nas minhas intervenções, trabalhar a minha relação com a pessoa idosa e família foi um desafio e um ponto positivo no meu desenvolvimento como EEER. Para além de mobilizar conhecimentos técnico-científicos e éticos tive a necessidade de mobilizar e desenvolver competências de comunicação, relacionais e comunicacionais.

Relativamente ao domínio da gestão de cuidados, na ECCI, colaborei na gestão de cuidados de todos os clientes a quem realizei visita domiciliária. Ponderar e discutir sobre as várias possibilidades de abordagem àquele cliente e família, com o meu OE, foi uma mais valia na planificação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Na ECCI tive contacto constante com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional da ECCI, e foi frequente a troca de impressões sobre determinado cliente, tendo em conta os objetivos do plano de reabilitação que se pretendiam atingir. Nunca existiram conflitos entre estes profissionais, já que por vezes se podem encontrar campos cinzentos de prática e intervenção. Várias vezes estes profissionais (fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) solicitaram a avaliação do EEER sobre determinado cliente, em termos sensoriais e motor e qual o objetivo próximo que se estabelecia para este. Deste modo, as intervenções de todos os profissionais eram congruentes, nos objetivos a atingir. Existiram também espaços formais de partilha de informação, onde os elementos da UCC, URAP, ECCI e enfermeira chefe do centro de saúde, se reuniam para discutir casos de clientes, na primeira quinta-feira do mês.

No DRFR, a minha gestão de cuidados era centrada nos clientes a quem prestava cuidados, sendo vários e com muita rotatividade o que aumentou a minha experiência em termos de diversidade de patologias do foro respiratório, unido à unicidade do cliente. A minha implicação em casos mais complexos era da minha pro-atividade e da OE, facilitando-me momentos de reflexão sobre

alternativas de cuidados e abordagens ao cliente, quando a nossa intervenção não tinha os resultados esperados. No DRFR compreendi a importância da comunicação junto da equipa de enfermagem de cuidados gerais, comunicar os cuidados prestados ao cliente de uma forma global e fazer recomendações, sobre por exemplo, os decúbitos a privilegiar, passa a ser um trabalho de equipa e não só do EEER. Foi-me inculcado transmitir ao enfermeiro generalista responsável pelo cliente, a nossa intervenção no âmbito da RFR, tendo a preocupação de generalizar e não usar termos muito específicos.

No DRFR era permanente a reflexão, daí destaco o papel da minha OE, a sua forma de nos fazer constantemente reflectir sobre diversas situações permitiu-me ter um pensamento bastante reflexivo, analisando situações complexas de cuidados e quais as melhores opções de prática. De modo informal posso dizer que realizava-se quase diariamente uma análise das práticas, o que para mim foi um grande benefício em termos de aprendizagem e assimilação de conhecimento.

4. CONCLUSÃO

O EEER tem uma intervenção relevante na promoção da saúde e prevenção de complicações. É da sua competência a maximização das potencialidades de cada pessoa, promovendo a sua autonomia, máxima independência e integração na nossa sociedade. O EEER intervém nos três níveis de prestação de cuidados, primários, secundários e terciários. Os seus cuidados incidem assim, na educação e promoção da saúde, na limitação da incapacidade ou controlo do processo de doença e na reabilitação em direcção ao nível de independência óptimo e funcionamento com qualidade de vida.

A oportunidade de poder realizar os EC em ambientes distintos, comunidade e hospital, permitiu-me enquanto futura EEER, conhecer, compreender, aprender e desenvolver competências do EEER em cada uma das áreas. Não que sejam díspares, mas antes complementares, onde o objetivo principal é a reintegração da pessoa na comunidade, de forma mais autónoma e independente. Compreendi que um processo de reabilitação é moroso e muitas vezes a minha intervenção passou também por motivar o cliente neste mesmo processo, mostrando-lhe pequenos ganhos, que se tornaram grandes no seu processo de evolução.

Ao introduzir os produtos de apoio, na minha intervenção, como recurso meu e do cliente idoso, foi possível maximizar a sua mobilidade e consequentemente, que este conseguisse realizar o seu autocuidado de forma mais independente, ou mesmo independente. Deste modo, o cliente idoso sentiu-se mais adaptado ao seu espaço e menos limitado nas suas capacidades. Promover a sua adaptação em casa é um passo para a reintegração na comunidade.

Contudo senti uma lacuna ao enveredar pelo tema dos produtos de apoio, o meu conhecimento era insuficiente, atendendo à importância que os mesmos têm na potenciação do trabalho do EEER. Para além de os conhecer, tive de ser capaz de aconselhar e saber a quem se adequava determinado tipo de

apoio, o que passou por muita pesquisa autónoma. Tal como ensinar a pessoa idosa a utilizá-lo e a mantê-lo.

Na área de RFR tive a possibilidade de aprofundar os meus conhecimentos nas mais variadas áreas desta temática, não só no DRFR como no EC na ECCI. Onde tive a possibilidade de conjugar a reabilitação sensório motor com a RFR.

Penso que de um modo global, consegui atingir os objetivos a que me propus nestes EC. Onde consegui aprender e desenvolver competências do EEER de forma positiva e com sucesso nas atividades que fui desenvolvendo. Aprofundando ao mesmo tempo a temática deste relatório, de importância para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. A reflexão foi uma mais valia no meu processo de crescimento, quer de forma formal e/ou informal.

Tornar o domicílio uma vantagem para a pessoa idosa é o primeiro passo para a sua reintegração na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, L.; Leite, I.; Machado, C. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência e saúde colectiva*, 13 (4), 1199-1207. Acedido em 4-12-2014. DOI: 10.1590/S1413-81232008000400016.

Amaral, M. F.; Vicente, M^a.O. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco - Saúde dos Idosos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 18 (2), 23-31.

Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. Acedido em 1-05-2014. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>

Araújo, D.; Pontes, M. (2002). Doenças crónicas. In M. Neves, *Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana* (pp. 301-319) Coimbra: gráfica de Coimbra.

Barreto, H. (2008). *Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional*. Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny. Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Funchal.

Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.

Botelho, M. A. (2007). Idade avançada, características biológica e multimorbilidade, comorbilidade de doenças crónicas. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, N^o23, 191-195. Acedido em 24-03-2007. Disponível em [http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path\[\]=11126&path\[\]=10856](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path[]=11126&path[]=10856)

Cabete, D.G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital, o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Carvalhais, M. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Tese de doutoramento. Aveiro. Acedido em 6-12-2014. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4274/1/4508.pdf>

Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice, um estudo na população portuguesa*. Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Tese de doutoramento. Aveiro.

Costa, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. Tese para obtenção do grau de mestre. Lisboa.

Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 1º Semestre de 2014*. (s.l.). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. Acedido em 7-12-2014. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf

Cunha, S. (2010). *Planear e Inovar: Contributo para o planeamento de recursos com base nas necessidades auto-avaliadas da população com 65 e mais anos*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Mestrado em saúde pública. Lisboa. Acedido em 7-03-2014. Disponível no RCAAP.

Dantas, E.H.M.; Pereira, S.A.M.; Aragão, J.C.; Ota, A.H. (2002). A preponderância da diminuição da mobilidade articular ou da elasticidade muscular na perda da flexibilidade no envelhecimento. *Fitness & Performance Journal*, 1(3),12-20. Acedido a 27-12-2014. Disponível em [http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/2272-](http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/2272-1_Mobilidade_Rev3_2002_Portugues.pdf)

[1 Mobilidade Rev3 2002 Portugues.pdf](http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/2272-1_Mobilidade_Rev3_2002_Portugues.pdf)

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 Abril (2009). Diário da república 1ª série, Nº 74 (16-04-2009). 2275-2277. Acedido a 27-12-2014. Disponível em <http://www.inr.pt/uploads/SAPA.pdf>

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 Junho (2006). Diário da república I Série A, Nº109 (6-06-2006) 3856 -3865. Acedido a 7-12-2014. Disponível em [https://www.adse.pt/document/Decreto Lei 101 2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)

Despacho 6133 (2012). Produtos de Apoio para pessoas com deficiência (Ajudas Técnicas). Diário da república 2ª série, Nº 91 (10-05-2012) 16408-16413. Acedido a 2-03-2015. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/Desp_6133_2012.pdf

Dias, C. (2010). *Reabilitar na comunidade resultados da intervenção de enfermagem de reabilitação nas UCC*. Matosinhos: [s.n.]

Direcção Geral de Saúde (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa: DGS. Acedido em 03-03-2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>

Direcção Geral de Saúde [DGS] (2010). *Elementos estatísticos, informação geral, saúde 2008*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 3-12-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>

Ferreira, A. (2011). *(In)dependência funcional em idosos domiciliados: "Intervenção de enfermagem de reabilitação"*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Tese de mestrado em enfermagem de reabilitação. Viseu. Acedido em 6-03-2015. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>

Fleck, S. J.; Kraemer, W. J. (2006). *Fundamentos do treinamento de força muscular*. Porto Alegre: Artmed.

Fontes, A. P.; Fernandes, A.A; Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 171-178. Acedido em 11-1-2015. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a08.pdf>

Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Gulbenkian.

Global Health Observatory [GHO] (s.d.). *Life expectancy. World Health Organization*. Acedido em 31-03-2014. Disponível em http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends_text/en/

Graf, C. (2013). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 23, 1-2. Acedido em 5-05-2014. Disponível em http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf

Heikkinen, E. (2003). *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* Copenhagen: WHO Europe, Health Evidence Network Report (HEN). Acedido a 7-03-2013. Disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/74708/E82970.pdf

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição). Loures: Lusodidacta.

<http://apn.pt/apn/faqs/como-se-classificam-os-produtos-de-apoio/>. Acedido em 28-12-2014.

ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10-3-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2012a). *Destaque - informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 5-05-2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional Estatística (2012b). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 4-12-2014. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D149447974%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=-9J_VPWcAeKuygOqg4LwDQ&usg=AFQjCNEkOW3Yg4anIRzwFbSBUrQQp2V5uA&bvm=bv.80642063,d.bGQ

Instituto Nacional de Estatística (2014). *Destaque, informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 8-10-2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=215806720&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional para a Reabilitação [INR] (2013). *Relatório Avaliação Física e Financeira do Financiamento dos Produtos de Apoio, ano 2012*. (s.l.) Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. Acedido a 2-03-2015. Disponível em <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>

Israel, N.; Guimarães de Andrade, O.; Teixeira, J. (2011). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência & Saúde Colectiva*, 16 (Supl.1), 1349-1356. Acedido em 15-07-2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700069>

Júnior, C.M.P., Heckman, M. (2002). Distúrbios da postura, marcha e equilíbrio. In: A. L. Neri. *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp. 625-653). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Machado, M.; Couceiro, L.; Alves, I.; Almendra, R.; Cortes, M. (2011). *A Morte e o Morrer em Portugal*. Lisboa: Edições Almedina.

Menoita, E. C. (Coord.) (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC, contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Nogueira, S. L., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L.E.F.P.L., Franceschini, S. C.C., Ribeiro, A. O., Pereira, E.T. (2010). Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (4), 322-329. Acedido em 14-03-2014. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016576011>

Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18 (4), 437-453. Acedido em 7-03-2014. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Guia orientador de boas práticas: cuidados à pessoa com alteração da mobilidade, posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição) St. Louis: Mosby

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004). *Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 10-03-2014. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Pinto, E. (2011). *Independência funcional e Regresso ao Domicílio: Variável chave para a Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Viseu. Disponível no RCAAP

Plano Nacional de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido a 03-03-2015. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Regulamento nº 122/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República 2ª Série, Nº 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento nº 125/2011 de 18 Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação. Diário da República 2ª Série, Nº 35 (18-02-2011). 8658-8659.

Rocha, M. (2012). *Famílias clássicas do concelho de Lisboa com parentes institucionalizados: das causas de institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Mestrado em Enfermagem Avançada. Lisboa. Acedido em 3-12-2014. Disponível em

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13269/1/Marisa%20Versao%20Final%20Julho%20de%202013.pdf>

Roy, C.; Andrews, H. (2001). *Teoria da enfermagem, o modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Schenatto, P.; Milano, D.; Berlezi, E.M.; Bonamigo, E.CB. (2009). Relação entre aptidão muscular e amplitude articular, por faixa etária, na marcha do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 377-89.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência (2002). *Ajudas Técnicas: Benefícios para as Pessoas com Deficiência*. Lisboa.

Shumway-cook, A.; Ciol, M.A.; Yorkston, K. M.; Hoffman, J.M.; Chan, L. (2005) Mobility limitation in the medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1217-1221. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x

Silva, I., Oliveira, M., Silva, E., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E. & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43 (3), 697-703. Acedido em 5-06-2013. DOI: 10.1590/S0080-62342009000300028.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicologia del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.

Teixeira, M. (2010). *Perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio a doentes idosos com dependência funcional*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Bioética. Porto. Acedido a 2-03-2015. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62222/3/Tese%20Mestrado%20Biotica%20Marlene%20Teixeira.pdf>

Thober, E.; Creutzberg, M.; Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira Enfermagem*. 58 (4), 438-443. **DOI:** 10.1590/S0034-71672005000400011

United Nations (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume I, Comprehensive Tables*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. Acedido em 5-03-2014. Disponível em http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf

Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., Fitzgerald, W. (2010). Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. *The American Geriatrics Society*, 58 (3), 493-500. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x

World Health Organization (2008). A Global Response to Elder Abuse and Neglect, Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. France: World Health Organization. Acedido em 7-04-2014. Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf?ua=1

World Health Organization [WHO] (2004). Centre for Health Development, Aging and Health Technical Report, Volume 5, A glossary of terms for community health care and services for older persons. World Health organization. Acedido a 15-03-2014. Disponível em http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Aprendizagem



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Opção II – Projeto de Formação

O DOMÍLIO COMO VANTAGEM

**Intervenção do enfermeiro de reabilitação na adaptação da
pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio**

Joana Bento

Prof. Dr. Miguel Serra

Lisboa

Julho de 2013

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais da vida Diária

CIF - Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

DRFR - Departamento Reabilitação Funcional Respiratória

ECCI - Equipa Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	IV
1. ENVELHECIMENTO E MOBILIDADE	VII
1.1. Da hospitalização ao domicílio	XI
2. AUTOCUIDADO E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	XII
2.1. Enfermeiro Especialista em Reabilitação na Promoção do Autocuidado	XIII
3. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER	XVI
4. CONCLUSÃO	XXV
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXVII

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos para o desenvolvimento de competências na área de reeducação funcional respiratória.

APÊNDICE II – Objetivos para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.

APÊNDICE III – Cronograma dos objetivos específicos da área opcional.

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Opção II – Projeto de Formação, incluída no mestrado e pós licenciatura em enfermagem de reabilitação, nasce este projeto no seguimento da aprendizagem e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER). Este projeto visa a revisão estruturada da literatura sobre o tema que pretendo aprofundar, e a objectivação e planeamento de atividades, que possam dar resposta ao problema inicial proposto. Tornando-se assim possível crescer enquanto pessoa e futura enfermeira de reabilitação.

A população em Portugal tende a diminuir até 2050 com um agravamento acrescido da população envelhecida, projetando-se que até 2050 o índice de envelhecimento se situe nos 398 idosos por cada 100 jovens (INE, 2004). Concomitantemente, recentes dados da mortalidade e morbilidade no país e a prevalência das doenças crónicas, mostram um aumento da incidência de doenças de evolução prolongada e incapacitantes ao longo dos anos (Nogueira, Henriques, Gomes e Leitão, 2007). A pessoa idosa, encontra-se mais vulnerável a doenças crónicas e degenerativas, e a repercussões negativas na funcionalidade e debilidade dos mecanismos corporais, que podem conduzir a hospitalizações prolongadas e constantes (Oliveira, 2000). É descrito na literatura que a pessoa idosa nos serviços de medicina interna, após um curto período de tempo de internamento, apresenta elevados níveis de dependência na realização das suas Atividades de Vida Diária (AVD), aquando da alta hospitalar (Cabete, 2005). E é ao regressar ao domicílio que se confronta e consciencializa das dificuldades que ainda sente. É um momento crítico, um momento de ansiedade e de uma nova fase, a reintegração da pessoa idosa no seu contexto (Oliveira, 2000).

Encontra-se aqui um campo onde o enfermeiro tem um papel fundamental, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio. Promover esta adaptação de forma positiva, pela promoção do

autocuidado na pessoa idosa, permite que esta se sinta mais integrada e capaz no seu meio. Evitando desse modo, os reinternamentos frequentes por inadaptação ao domicílio, pela sua nova condição, em que apresenta alteração na sua mobilidade. Deste modo: Que alterações se podem fazer no domicílio para ajudar a mobilidade da pessoa idosa? Como tornar o domicílio um ambiente mais vantajoso para a pessoa idosa com alteração da mobilidade? Que produtos de apoio promovem a mobilidade daquela pessoa? Em que medida a alteração da mobilidade condiciona a realização das AVD? O que pode facilitar a deslocação da pessoa idosa no seu domicílio? Que intervenções de reabilitação promovem a mobilidade da pessoa idosa?

Este tema para além de ser uma problemática subjacente dos nossos dias, como foi exposto anteriormente, trata-se de uma área de meu interesse pessoal, logo uma motivação para a concretização deste projeto de aprendizagem. Para além disso muito contribuiu a minha experiência pessoal e profissional, para surgir a minha preocupação por esta temática. Sou enfermeira generalista e presto diariamente cuidados de enfermagem num serviço de medicina, num hospital central na região de Lisboa, estes cuidados incidem essencialmente na pessoa adulta, idosa, e família. O internamento de pessoas idosas com pluri-patologias é uma constante, podendo estas sofrer de patologias que de forma indirecta ou directa, impliquem alterações ao nível da mobilidade (como é o caso do Acidente Vascular Cerebral-AVC). Ou simplesmente sofrer a agudização de doenças crónicas, e estando subjugadas a imobilidade prolongada, podem posteriormente apresentar incapacidade funcional em diferentes graus. Neste seguimento, a pessoa idosa vê a sua capacidade funcional alterada, levando-a a tornar-se dependente na realização do seu autocuidado. Assisto frequentemente a altas precoces e naturalmente a preparação da pessoa que se vê menos capaz e dos cuidadores que assumem o papel de ajudá-la neste regresso, não existe, ou por vezes é fugaz, os ensinamentos a nível hospitalar são muitas vezes reduzidos e inadaptados. Ao regressar a casa é aqui que se confronta e consciencializa das dificuldades que ainda sente, em poder cuidar de outrem ou de este mesmo outrem se poder

ajudar a si próprio. É um momento crítico e torna-se um ponto de intervenção fulcral, onde o EEER tem competência para promover a mobilidade da pessoa idosa, através de inúmeras estratégias e intervenções. Desse modo, promove o seu autocuidado e a consequente adaptação positiva ao seu domicílio.

O meu projeto de aprendizagem centra-se fundamentalmente no ensino clínico na área sensório-motor, que irei realizar em contexto comunitário, mais propriamente numa Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de um centro saúde na periferia de Lisboa. Este é um campo de estágio essencial para me desenvolver enquanto EEER na área sensório motor e concomitantemente aprofundar esta temática, promovendo a efetivação de atividades que possam dar resposta aos objetivos por mim propostos.

Assim, no desenvolvimento deste trabalho irei seguidamente enquadrar teoricamente a temática onde assenta este projeto de formação, nos capítulos 1 e 2. De seguida definir os objetivos específicos operacionalizados em atividades, capítulo 3, que possam dar resposta aos meus objetivos gerais. E por último uma breve conclusão deste projeto.

1. ENVELHECIMENTO E MOBILIDADE

O envelhecimento faz parte da evolução natural da vida, implicando um conjunto de situações biológicas, fisiológicas, psicológicas, sociais, económicas e políticas que compõem o dia-a-dia de quem vive esta fase. Pessoa idosa é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) cronologicamente como as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Em séculos anteriores o envelhecimento era considerado como um acontecimento excepcional, sendo encarado com respeito e orgulho, nos dias de hoje torna-se um problema delicado nos países desenvolvidos.

Atualmente com o aumento da esperança média de vida em que a longevidade feminina se destaca em relação à masculina, uma diminuição da natalidade e um elevado número de internamentos de pessoas com mais de 65 anos (INE, 2002). Associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, implica novas necessidades em saúde e grandes desafios aos sistemas de saúde. Exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida com saúde, independência e autonomia (DGS, 2004). Até aos 20/30 anos de idade a pessoa vai desenvolvendo as suas capacidades e é a partir daqui que o desempenho funcional de cada uma começa a declinar, o que se denomina de envelhecimento funcional, tratando-se de um processo lento e universal (Paschoal, 2002). Neste continuum surgem pessoas de idade cada vez mais avançada e consequentemente, em situações de dependência mais frequentes trazendo repercussões a nível social, político e económico, significando maiores custos médico-sociais, maiores necessidades de suporte familiar e comunitário (Imaginário, 2004). Um dos objetivos do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas é diminuir as incapacidades, capacitando a autonomia e independência da pessoa idosa, através de uma intervenção de recuperação global e precoce, implicando acções mais próximas da comunidade (DGS, 2004). O que permite minimizar custos, ao se evitar

dependências (DGS, 2004), as equipas de cuidados continuados é uma destas soluções, formando uma rede de apoio à população que se encontra envelhecida. O EEER com os conhecimentos e competências de que é detentor, é um elemento chave nas ECCL, na promoção da capacidade funcional da pessoa idosa.

O modelo de Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), dá-nos uma perspectiva abrangente e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e onde estão perspectivadas as linhas da saúde biológica, individual e social. A CIF apoia-se em três princípios para se entender o binómio condição de saúde/ambiente: todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde ou ambiente habitual, podem ser incluídas; fatores ambientais e pessoais, são integrados e considerados; é reconhecido a multidimensionalidade e complexidade do fenómeno incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2004). Entende-se deste modo que a funcionalidade é o termo usado para as estruturas e funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade de forma genérica define deficiências, limitações na atividade e restrições na participação. Incapacidade funcional surge então como a diminuição da capacidade ou mesmo incapacidade para realizar atividades de autocuidado, que são necessárias para uma vida independente (Yang Yang, 2005, citado por Menoita, 2012). Nas pessoas idosas a incapacidade funcional é estimada em cerca de 20% para 65 anos ou mais, e cerca de 35 % para as que têm 75 anos ou mais (Caeiro e Silva, 2008). A funcionalidade e a incapacidade são assim fenómenos que se expandem no tempo e no espaço, de onde resulta, que a incapacidade é um fenómeno dinâmico, fruto da interação entre os estados de saúde e os fatores contextuais.

Tendo em conta esta classificação, os fatores ambientais assumem-se de grande importância pela sua implicação nos determinantes da saúde. Pelo facto de poderem alterar a incapacidade da pessoa, mas acima de tudo por serem considerados alvo de intervenção, com intuito de se promover a

capacidade funcional (Fontes, Fernandes e Botelho, 2010). Desta forma, a compreensão e avaliação da incapacidade, ultrapassam o domínio da pessoa, devendo ser consideradas como o resultado da interação do seu estado de saúde com os fatores ambientais. O domicílio da pessoa idosa interpretado como factor ambiental, poderá ser um foco da intervenção do EEER, ao avaliar o seu impacto na incapacidade da pessoa com alteração da mobilidade. Onde a sua intervenção nesse meio deve contribuir para que a pessoa idosa seja mais capaz de se mobilizar, potenciando a funcionalidade e capacidade para cuidar de si própria. Só desta forma as pessoas têm a possibilidade de ocupar o lugar que lhes assiste como membros de pleno direito, participando totalmente na sociedade, e a envolverem-se em ocupações significativas, tendo a necessidade que as barreiras, quando presentes, sejam removidas e/ou eliminadas. Pode-se assim dizer que a condição funcional de uma pessoa é um dos grandes indicadores da sua saúde (Organização Mundial de Saúde, 2004).

A capacidade de cada um de nós se movimentar é uma das características de todos os seres vivos, sendo que a capacidade de mover livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada. Se se pensar um pouco no corpo humano, atividades como o respirar, comer, beber, eliminar..., implica movimento! A aquisição de competências básicas de movimentação é um processo longo e complicado, ao nascer, o sistema nervoso não está suficientemente desenvolvido para permitir movimentos músculo-esqueléticos coordenados, e mesmo quando já prontos para a aprendizagem, é relativamente lento o processo de adotar movimentos coordenados como se pode observar na aprendizagem dos bebés (Hoeman, 2011; Roper, Logan, Tierney, 2001). Roper, Logan, Tierney, (2001), consideram a mobilidade, como uma atividade de vida no seu modelo teórico de enfermagem, realizada de forma individual, é um conceito dinâmico ao longo da vida em que se transita de estados de dependência/independência, e influencia todas as outras atividades de vida que impliquem movimento, assim como as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Hoeman, 2011).

São vários os fatores que podem influenciar a capacidade de mobilização, tais como, o sistema nervoso periférico, o sistema musculoesquelético, o sistema nervoso central, percepção cognitiva, condição psicossocial e emocional, meio ambiente, fatores culturais, sociais e econômicos assim como a idade, a fase de desenvolvimento e o estado de saúde geral (Hoeman, 2011). Sabendo que todos estes fatores têm relação com a mobilidade, a pessoa idosa é considerada um grupo de risco na dependência para a mobilização, pois transformações músculo-esqueléticas e neurológicas associadas ao envelhecimento provocam alterações em vários dos sistemas mencionados anteriormente (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). A pessoa idosa para além da alteração física da mobilidade, poderá apresentar intolerância à atividade por alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, tais como, a redução do débito cardíaco, a diminuição da capacidade vital do aparelho respiratório, a redução da eficácia dos mecanismos termorreguladores, afetando a capacidade de fazer exercício e realizar as AVD (Hur, Park, Kim, Storey e Kim, 2005).

A capacidade da pessoa idosa em se mobilizar é considerada essencial para a execução das suas AVD e a consequente manutenção da sua independência. A incapacidade funcional está assim, relacionada com a limitação da mobilidade e expressa-se por dificuldade no desempenho de certos gestos e certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela incapacidade em desempenhá-las (Barreto, 2008) é a condição pela qual a pessoa experencia uma limitação num movimento físico independente (Shumway-cook, Ciol, Yorkston, Hoffman & Chan, 2005).

Mobilidade neste projeto é considerada toda a atividade física que a pessoa idosa realiza no seu dia-a-dia, não se considera apenas a sua locomoção, mas todos os movimentos realizados no dia-a-dia, como o comer, vestir-se, lavar-se, andar, ou seja, que impliquem movimento.

1.1. Da hospitalização à adaptação ao domicílio

A incapacidade adquirida após a hospitalização quer por episódio de agudização de doença crónica e/ou situação aguda, traz consequentemente impacto a nível individual e social, afetando o equilíbrio da pessoa com o meio envolvente. A hospitalização do idoso pode trazer como repercussão uma diminuição da capacidade funcional, muitas vezes irreversível (Israel, Guimarães de Andrade e Teixeira, 2011), em que 34 a 50% dos idosos hospitalizados experienciam o declínio do seu estado funcional entre a admissão e a alta hospitalar (King, 2006). A pessoa idosa encontra-se mais susceptível ao repouso prolongado no leito, estando associado aos fatores fisiológicos e doenças incapacitantes que são mais frequentes nesta faixa etária. Esta situação agrava-se, pelo facto dos cuidados a nível hospitalar estarem frequentemente mais focados no tratamento de doenças agudas, colocando-se de parte a função física e cognitiva, fatores que mais afectam o prognóstico de independência do idoso (Graf, 2006). Assume-se assim que a hospitalização é um factor potenciador da causa de perda de capacidade funcional na pessoa idosa.

Neste continuum a dificuldade sentida no regresso a casa, após um período mais ou menos longo de internamento, tem motivado o aparecimento de projetos no sentido de preparar a alta da pessoa, com o envolvimento e qualificação da família para o cuidar em casa. Pois é ao chegar ao seu domicílio que a pessoa idosa pode sentir dificuldades na realização das AVD, dependência esta que pode resultar na realidade de problemas na mobilização. Estando o EEER na comunidade, tem um papel preponderante no acompanhamento da pessoa idosa não só neste ajustamento pós alta em que se adapta ao seu domicílio, como na continuação de cuidados, validação de ensinamentos e intervenções potenciadoras da promoção da sua mobilidade e consequente independência nas AVD.

2. AUTOCUIDADO E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A satisfação das necessidades é feita ao longo da vida de uma forma dependente e independente, sendo que numa primeira fase são satisfeitas por terceiros e o mesmo acontece à medida que a idade vai avançando, dado que as capacidades que a pessoa possui para a satisfação das mesmas se vão tornando mais limitadas progressivamente, resultante do processo de envelhecimento e das patologias associadas. As necessidades básicas são na essência as mesmas em que outras etapas da vida, o enfermeiro tem um papel preponderante na promoção da autonomia, confiança, autovalorização e qualidade de vida do idoso (Imaginário, 2004). As AVD fazem parte do dia-a-dia de cada pessoa, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigências do quotidiano (Orem, 2001). O EEER aquando da sua intervenção junto da pessoa idosa, com alteração da mobilidade, deve estar ciente das competências que permitem promover o seu autocuidado da forma mais independente possível para aquele caso e de forma segura (Hoeman, 2011).

Orem (2001), define autocuidado como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelo indivíduo, em seu próprio benefício, no sentido de manter a vida, a saúde e o seu bem-estar. Para a mesma autora, o autocuidado é assim todo o cuidado que é “prestado pelo próprio ao próprio”. A capacidade de autocuidado é a competência que a pessoa tem de realizar comportamentos de autocuidado, sendo esta influenciada por vários domínios, como o cognitivo, físico e psicossocial. Neste sentido quando a própria pessoa não tem capacidade para realizar o seu autocuidado, necessita de cuidados especializados por parte da enfermagem como o agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa (Orem, 2001; Silva et al, 2009). Dessa forma, o EEER como avalia o potencial, capacidade, preferências e a participação da pessoa, para que a planificação das suas intervenções sejam adequadas, obtendo assim melhores resultados e mais realistas

(Hoeman, 2011), para que esta reassuma o seu próprio cuidado. Avaliar a dependência implica o estudo das atividades em que a pessoa necessita da ajuda de terceiros (Kearney e Pryor, 2004). Tendo em conta o que já foi referido anteriormente, entende-se que a pessoa idosa com alteração da mobilidade após um período de hospitalização, poderá apresentar défice de autocuidado. Uma vez que a mobilidade influencia uma série de AVD, atividades estas essenciais à própria pessoa para se manter, esta pode apresentar dificuldade em realizá-las com maior ou menor grau de dependência, devido à sua condição física ou à implicação do ambiente circundante na sua esfera individual.

2.1. Enfermeiro especialista em reabilitação na promoção do autocuidado

Em certas situações patológicas (alterações neurológicas, reumatismais, ortopédicas, vasculares, etc.), assim como em algumas alterações associadas ao envelhecimento, que impliquem alterações da mobilidade, podem surgir obstáculos ou mesmo incapacidades na amplitude de movimentos. Assim, para o idoso vestir uma camisola, poderá tornar-se uma situação de extrema dificuldade que anteriormente não o era. Também no seu domicílio podem aparecer obstáculos que anteriormente não passavam, por exemplo de objectos de decoração, um simples tapete que não permite deambular com segurança, o degrau para a base de duche que não o deixa tomar banho. Situações em que a capacidade para o autocuidado se encontra em risco. Em situações como as descritas anteriormente o EEER poderá recorrer e aconselhar quando necessário, ajudas técnicas/produtos de apoio ou tecnologias de apoio, com intuito de promover o autocuidado da pessoa idosa de forma mais independente (Hoeman, 2011).

Segundo a International Organisation for Standardisation (ISO) e o Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência (2002), produto de apoio é um produto, equipamento ou sistema técnico, que quando usado pela pessoa que sofre de incapacidade, previne,

compensa ou neutraliza essa mesma incapacidade. Pelo facto dos produtos de apoio serem muito diversificados, foram classificados e reunidos por áreas, de acordo com as funções a que se destinam. Pequenas adaptações como adaptadores de sanita, corrimãos, andarilhos, entre outros, podem ser indispensáveis ao bem-estar e à autonomia da pessoa idosa permitindo uma atividade mais independente, com maior comodidade, menor esforço e dispêndio de energia, no seu autocuidado (Menoita, 2012). A selecção destes produtos deve fazer-se com base em vários critérios: a motivação da pessoa, as suas possibilidades funcionais, a evolução da sua desvantagem, as suas capacidades intelectuais, os seus recursos financeiros e o seu ambiente. A capacidade funcional e a fase de recuperação em que se encontra, vai determinar se o utente necessita de uma ou de vários produtos de apoio (Botelho, 2008). É da competência do EEER a escolha adequada dos produtos de apoio e o seu aconselhamento junto da pessoa idosa, tendo em conta a sua individualidade (possibilidade económica, adesão, gosto, objetivos) e fundamentalmente que proporcione uma efectiva melhoria da sua mobilidade e consequente adaptação ao seu domicílio.

Para além destes equipamentos que podem ser extremamente úteis na promoção da mobilidade da pessoa idosa, modificações físicas no seu espaço de vida podem aumentar de modo significativo a independência nas AVD, pode bastar uma simples rearrumação da mobília, e a pessoa idosa consegue mobilizar-se mais facilmente e de forma mais segura (Barreto, 2008). Deste modo os produtos de apoio e a adaptação do meio envolvente da pessoa idosa pode e é um campo de intervenção importante na promoção da mobilidade e consequente autocuidado.

Para além, dos produtos de apoio no sentido de se promover a mobilidade da pessoa idosa, há que implementar programas de intervenção onde se incluam exercícios como a marcha, exercícios aeróbicos, treino de resistência, equilíbrio e flexibilidade. Estes programas são descritos como tendo ganhos positivos na promoção da mobilidade (Hoeman, 2011; Yeom,

Keller, Fleury, 2009), e ao mesmo tempo impede a progressão da debilidade motora associada ao envelhecimento.

É da competência do EEER um cuidar dinâmico, contínuo e progressivo, tendo sempre como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a reintegração na família comunidade e sociedade (Menoita, 2012). Pretendendo-se que a pessoa idosa após o período hospitalar retorne às condições de vida anteriores à doença (Israel, Guimarães de Andrade e Teixeira, 2011) mantendo-se ativa e independente por mais tempo, no seu ambiente familiar. Se se conseguir promover a mobilidade da pessoa idosa, promove-se o seu autocuidado e conseqüentemente uma adaptação positiva ao seu domicílio. Não esquecendo que intervenção do EEER tem sempre em conta a pessoa idosa na sua globalidade, uma abordagem holística e abrangente, em que é necessária a intervenção de um grupo de profissionais de diferentes disciplinas, na qual o EEER se enquadra, e onde se compartilham valores e objetivos comuns, cuja meta é o bem-estar da pessoa idosa e a sua máxima autonomia.

3. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES

A importância da reabilitação nos dias de hoje, tem assumido cada vez mais relevância nos cuidados de saúde, pois ao se promover a integração de pessoas ativas na sociedade, os custos associados aos cuidados de saúde serão muito inferiores, aos de uma sociedade em que a população inativa é bastante superior. O EEER surge como um dos elementos de uma equipa multidisciplinar de reabilitação, onde o seu papel se destaca ao intervir na promoção da saúde, contribuindo para a detecção precoce e intervenção imediata. Limitando a progressão da doença, evitando ou reduzindo complicações, sequelas ou incapacidades e promovendo a adaptação da pessoa às situações que causem desvantagens na pessoa, maximizando o seu potencial (Hoeman, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e do EEER, para este projeto de aprendizagem defini como **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências do EEER na área sensório-motor, com intuito de promover a adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio.
- Desenvolver competências do EEER na área da reeducação funcional respiratória;
- Refletir sobre as intervenções e aprendizagens realizadas.

Estes objetivos visam dar resposta à problemática por mim exposta ao longo deste projeto e complementar as minhas aprendizagens enquanto EEER, daí pretender desenvolver competências na área da RFR, já que o EEER tem de deter conhecimentos e competências em ambas as áreas de atuação. Assim no APÊNDICE I, encontram-se os objetivos específicos que pretendo desenvolver na área da RFR, este ensino clínico irá desenrolar-se num hospital central, mais propriamente no Departamento Reeducação Funcional Respiratória (DRFR). É um campo rico em aprendizagens e desenvolvimento

de competências, pois é muito específico na sua intervenção junto das pessoas com alterações ao nível do aparelho respiratório.

No APÊNDICE II, encontram-se os objetivos específicos tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista, sendo transversal a ambos os ensinos clínicos tem por base competências como a responsabilidade, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a), competências estas de extrema importância, contudo pela especificidade deste projeto, agilizei a sua colocação nesse mesmo apêndice, já que são competências que devem surgir sempre na base das nossas intervenções.

Como **objetivos específicos** deste projeto, visando dar resposta à intervenção do enfermeiro especialista na adaptação da pessoa idosa com alteração da mobilidade ao seu domicílio, pretendo:

1. Identificar fatores com impacto para a realização das AVD no contexto de vida da pessoa idosa, mais propriamente no domicílio;
2. Desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca dos produtos de apoio que promovam a mobilidade da pessoa idosa e a sua implicação na promoção do autocuidado;
3. Aplicar intervenções que promovam a mobilidade da pessoa idosa dentro do seu domicílio;
4. Promover a utilização de produtos de apoio que maximizem a mobilidade da pessoa idosa e a sua independência nas AVD;
5. Desenvolver competências na elaboração e implementação de planos de cuidados de reabilitação individualizados, que visem a maximização da mobilidade da pessoa idosa;
6. Desenvolver destreza manual em técnicas específicas de reabilitação que promovam a mobilidade da pessoa idosa.

Para que estes objetivos se possam concretizar há que realizar atividades que lhe possam dar resposta. Em seguida e de forma esquemática, tendo por base as competências específicas do EEER e os objetivos para o desenvolvimento deste projeto de aprendizagem, operacionalizo as atividades a desenvolver.

No apêndice III, encontram-se os objetivos específicos deste projecto de aprendizagem calendarizados, perspetivando a sua concretização nestes tempos.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p>	<p>1. Identificar fatores com impacto para a realização das AVD no contexto de vida da pessoa idosa, mais propriamente no domicílio;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha de informação pertinente junto da pessoa/família; - Utilização de escalas (Braden/ Índice de KATZ/ Índice de Barthel/ MORSE / LAWTON e BRODY adaptada pela RNCCI/ EDMONTON) e instrumentos de medida para avaliar várias dimensões da pessoa; - Conhecimento da história clínica da pessoa; - Identificação dos recursos da pessoa e comunidade em que se encontra; - Observação e interação da pessoa no seu contexto (nas suas AVD), aquando da prestação de cuidados no domicílio; 	<ul style="list-style-type: none"> -Humanos: Pessoa/ Cuidador informal; EER orientador; Elementos da equipa multidisciplinar; -Materiais: Processo clínico; Bibliografia seleccionada; -Físicos: Domicílio da pessoa idosa; ECCI; 	<p>Realiza uma correcta avaliação dos fatores que têm impacto na realização das AVD, intervindo assim de forma individualizada.</p>

J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto - cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.		-Registo da informação em processo clínico, promovendo a continuidade de cuidados;		
J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio- -	2. Desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca dos produtos de apoio que promovam a mobilidade da pessoa idosa e a sua implicação na promoção do autocuidado;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica com evidência científica sobre a temática; - Conhecer na comunidade instituições que forneçam produtos de apoio; - Compreensão e conhecimento de processos/protocolos existentes para se poder aceder a produtos de apoio a custos mínimos e como é realizada a sua prescrição; - Colaboração com elementos da equipa multidisciplinar; - Avaliação do impacto da utilização da ajuda técnica, no autocuidado da pessoa idosa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; Elementos da equipa multidisciplinar; - Materiais: Processo clínico; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: ECCL; Instituições de apoio às ajudas técnicas; 	Mostra um conhecimento aprofundado sobre a temática dos produtos de apoio na comunidade, fazendo uso dele aquando da sua intervenção como EEER

respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.				
J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas				

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>J.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J2.1. Elabora e implementa</p>	<p>3. Aplicar intervenções que promovam a mobilidade da pessoa idosa dentro do seu domicílio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de locais de difícil acesso para a pessoa e o seu impacto na realização das AVD; - Alteração da disposição do mobiliário que facilite a mobilidade da pessoa; - Utilização de dispositivos/técnicas que promovam a mobilidade da pessoa; 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; Cuidador informal; - Materiais: produtos de apoio; Dispositivos; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: ECCI; 	<p>Promove a mobilidade da pessoa idosa dentro do seu domicílio, através das suas intervenções como EEER.</p>

programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.		- Realização de treino de AVD no seu domicílio;	Instituições de apoio aos produtos de apoio; Domicílio da pessoa.	
J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.	4. Promover a utilização de produtos de apoio que maximizem a mobilidade da pessoa idosa e a sua independência nas AVD.	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilização da pessoa/família no seu projeto de reabilitação; - Utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar o nível de dependência no seu autocuidado, relacionados com a mobilidade; - Aconselhamento do melhor produto de apoio de acordo com a avaliação da mobilidade, motivação, recursos económicos, cognição e objetivos da mesma; - Realização de treino de AVD com a ajuda técnica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; Cuidador informal; - Materiais: Produtos de apoio; Dispositivos; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: ECC; Instituições de apoio às ajudas técnicas; Domicílio da pessoa. 	O EEER é capaz de promover a adesão da pessoa idosa à ajuda técnica, demonstrando-lhe os seus ganhos em saúde, pela melhoria no seu autocuidado.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de avaliação
<p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório.</p> <p>J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>5. Desenvolver competências na elaboração e implementação de planos de cuidados de reabilitação individualizados, que visem a maximização da mobilidade da pessoa idosa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as necessidades da pessoa idosa em termos de alteração da mobilidade e impacto no seu autocuidado; - Elaboração de intervenções de enfermagem de reabilitação para cada caso de forma individualizada; - Implementação dessas mesmas intervenções; - Avaliação das intervenções promovidas no processo de reabilitação da pessoa idosa; - Desenvolvimento de programas de treino de AVD, que impliquem o nível motor; - Avaliação dos conhecimentos teórico-práticos e pesquisa bibliográfica, de modo a colmatar necessidades, recorrendo a evidência científica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; Equipa multidisciplinar; - Materiais: Produtos de apoio; Dispositivos; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: ECCI; Domicílio da pessoa. 	<p>O EEER implementa planos de cuidados individualizados a cada pessoa no seu processo de reabilitação, avaliando constantemente as suas intervenções e reformulando-as quando necessário.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da continuidade dos cuidados, conferindo visibilidade as intervenções do EER; - Avaliação da necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde; 		
	<p>6. Desenvolver destreza manual em técnicas específicas de reabilitação que promovam a mobilidade da pessoa idosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de programas de treino de AVD, que envolvam o nível motor; - Prestar cuidados a pessoas com alterações na sua mobilidade; - Observar o EEER na sua prática clínica; - Realizar exercícios que mantenham e promovam a mobilidade da pessoa, específicos do EER; 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; - Materiais: Produtos de apoio; Dispositivos; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: ECC; Domicílio da pessoa. 	<p>Desenvolve uma prática de cuidados com conhecimento e destreza manual adequadas a cada pessoa.</p>

4. CONCLUSÃO

Ao olhar para este projeto de aprendizagem, posso dizer que tem sido um caminho que tem sido construído e que ainda não cheguei ao destino. É um projeto que abre caminhos, indica as direcções a tomar, mas algumas das respostas e dúvidas apenas se desvanecerão aquando da sua implementação em ensino clínico. Com este projeto de aprendizagem pretendo dar visibilidade à importância de se promover o autocuidado da pessoa idosa no seu domicílio, na sua casa, no seu lar. Após um período de hospitalização muitas das suas AVD que realizava de forma independente, poderão ser agora exercícios difíceis ou impossíveis, pela sua alteração na mobilidade. Ao promover o seu autocuidado na sua casa, está-se a potenciar a sua integração na comunidade, diminuindo internamentos e ou institucionalizações por inadaptação em casa ou falta de apoio. Começar pelo espaço (o seu domicílio), é um passo importante para que depois se pense no exterior. Como se pode verificar esta temática enquadra-se nas políticas do Plano Nacional de Saúde ainda em vigor, o que mostra a pertinência do tema.

O EEER tem um papel primordial na promoção desta adaptação e promoção da mobilidade da pessoa idosa pelos conhecimentos de que é detentor. Tornar o **domicílio uma vantagem** para a pessoa idosa é uma mais-valia na sua inclusão na comunidade. Eliminar as barreiras, como alterar a simples disposição do mobiliário em casa, juntamente com os produtos de apoio que promovem a mobilidade faz a diferença, permitindo a participação e o acesso da pessoa idosa ao seu espaço familiar. O que será fundamental para o bem-estar psicológico, social e financeiro, com evidentes repercussões positivas na família e sociedade. Penso que este é um bom plano de aprendizagem no sentido de me fazer crescer e evoluir enquanto EEER.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreto, H. (2008). *Readaptação do domicílio face à pessoa com limitação funcional*. Escola Superior de Enfermagem S. José Cluny. Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem de Reabilitação. Funchal.

Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.

Cabete, D.G. (2005). O idoso, a doença e o hospital, o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures: Lusociência.

Caeiro, M.; Silva, M. (2008). Fatores predisponentes e incidentes críticos do declínio Funcional da pessoa idosa. *EssFisiOnline*, 4 (1), 15-34. Acedido em 10 Julho 2013. Disponível em <http://www.ifisionline.ips.pt/media/essfisionline/vol4n1.pdf>

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril. (2009). *Ministério do Trabalho e da Solidariedade social*. Diário da República, 1.ª série, N.º 74 (16 de Abril de 2009). 2275-2277

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em 5-06-2013. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Fontes, A. P.; Fernandes, A. A. ; Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 28 (2), 171-178. Acedido em 5-06-2013. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a08.pdf>

Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal Nursing*. 106 (1), 58-67.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição) Loures: Lusodidacta.

Hur, H.;Park, H.;Kim, S.; Storey, M.; Kim, G. (2005). Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. *International Journal of Nursing terminologies and Classifications*. 16 (3-4),47-53. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2005.00011.x

Imaginário, C.I. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau

Israel, N.; Guimarães de Andrade, O.; Teixeira, J. (2011). A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. *Ciência & Saúde Colectiva*. 16 (Supl.1), 1349-1356. Acedido em 15-07-2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700069>

INE (2004). *Projecções de População Residente Portugal e NUTS II, 2000-2050*. Lisboa: INE. Acedido em 5-06-2013. Disponível em <http://www.ine.pt>

INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas*. Acedido em 30 Maio 2013. Disponível em <http://www.ine.pt>

Kearney, P. M.; Pryor, J. (2004). The international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (2), 162-70. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02976.x

King, B. (2006). Functional Decline in Hospitalized Elders. *MEDSURG Nursing*,15 (5), 265-271.

Menoita, E. C. (Coord.)(2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC, contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Nogueira, J., Henriques, I., Gomes, A., Leitão, A. (2007). *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido em 14 de Junho de 2013. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinal.pdf>

Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 18 (4), 437-453. Acedido em 10 Maio 2013. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª edição) St. Louis : Mosby;

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido em 05-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa. Acedido em 05-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido em 10 Maio 2013. Disponível em http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

Paschoal, S. (2002). *Autonomia e Independência*. In M. Papaléo-Netto. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp.311-323). São Paulo: Atheneu.

Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A.; (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência (2002). *Ajudas Técnicas: Benefícios para as Pessoas com Deficiência*. Lisboa.

Shumway-cook, A.; Ciol, M.A.; Yorkston, K.M.; Hoffman, J.M.; Chan, L. (2005) Mobility limitation in the medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1217-1221. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x

Silva, I., Oliveira, M., Silva, E., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E. & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 43 (3), 697-703. Acedido em 5-06-2013. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>.

Yeom, H.; Keller, C.; Fleury, J. (2009). Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 21, 95-100. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x

APÊNDICES

APÊNDICE I - Objetivos para o desenvolvimento de competências na área de reeducação funcional respiratória.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e</p>	<p>1. Desenvolver e aprofundar conhecimentos na avaliação da função respiratória;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a temática; - Observação do EER na sua prática; - Avaliação de sinais subjectivos/sintomas respiratórios na pessoa com alteração da função respiratória (Tosse; expectoração; dispneia; toracalgia, entre outros) - Avaliação de sinais objetivos/exame físico na pessoa com alteração da função respiratória (Inspeção do tórax, inspecção estática e dinâmica, palpação, auscultação pulmonar, entre outros) 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: Pessoa; EER orientador; - Materiais: Processo clínico; Bibliografia seleccionada; Estetoscópio; - Físicos: DRFR –Hospital; 	<p>Realiza uma correcta avaliação da função respiratória da pessoa, intervindo assim de forma fundamentada.</p>
	<p>2. Desenvolver e aprofundar conhecimentos na interpretação de exames auxiliares de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a história clínica da pessoa (antecedentes pessoais, exames anteriores, entre outros); 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EER orientador; Elementos da 	<p>Mostra um conhecimento</p>

<p>auto –cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-</p> <p>-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas</p>	<p>diagnóstico e a sua implicação nas nossas intervenções como EER;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar várias leituras de radiografias tórax, junto com o EER interpretando as imagens no contexto clínico daquela pessoa; - Interpretar gasometrias arteriais, fundamentando as nossas intervenções; 	<p>equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Materiais: Processo clínico; Bibliografia sobre o tema; - Físicos: DRFR; 	<p>aprofundado sobre implicação dos dados clínicos, aquando da sua intervenção como EEER.</p>
--	---	--	---	---

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	CrITÉrios de avaliação
<p>J.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p>	<p>3. Aplicar intervenções que promovam a optimização da função respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório;</p>	<p>-Observação da prestação de cuidados do EER;</p> <p>- Realização de técnicas de acordo com a situação clínica da pessoa como: Descanso e relaxamento; Consciencialização dos tempos respiratórios; Reeducação diafragmática e costal; Terapêutica de posição; Mecanismos de limpeza das vias áreas; correcção postural, mobilização torácica;</p> <p>- Elaboração de planos de exercício físico para o fortalecimento dos músculos tanto a nível dos membros superiores como inferiores, promovendo também a tolerância ao esforço;</p> <p>- Avaliar a forma como a pessoa realiza a administração da sua</p>	<p>-Humanos: EEER orientador;</p> <p>-Materiais: Dispositivos; Bibliografia sobre o tema;</p> <p>-Físicos: DRFR; Ginásio do departamento.</p>	<p>EEER realiza intervenções adequadas à pessoa com patologia respiratória, melhorando o seu padrão ventilatório.</p>

J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.		<p>terapêutica inalatória e se necessário reforçar conhecimentos;</p> <p>-Pesquisa de bibliográfica;</p> <p>-Registo das intervenções efectuadas com intuito da continuação de cuidados;</p>		
	<p>4. Compreender especificidades de patologias respiratórias e o contributo da reabilitação respiratória na vida da pessoa;</p>	<p>- Pesquisa bibliográfica sobre temas como patologia respiratória restritiva e obstrutiva, Síndrome da apneia obstrutiva do sono;</p> <p>- Observação do EEER na sua prática de cuidados;</p> <p>- Realizar intervenções/técnicas de reeducação funcional respiratória adequadas de acordo com a patologia e individualidade daquela pessoa;</p>	<p>-Humanos: EER orientador;</p> <p>-Materiais: Bibliografia sobre o tema; Estetoscópio; Oxímetro.</p> <p>- Físicos: DRFR;</p>	<p>O EEER demonstra conhecimentos na sua prática clínica, quando intervém de acordo com a especificidade do diagnóstico e individualidade daquela pessoa</p>

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio – respiratório.</p> <p>J3.2- Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<p>5. Desenvolver destreza manual em técnicas de reeducação funcional respiratória;</p>	<p>- Prestar cuidados a pessoas com alterações do padrão respiratório;</p> <p>- Realizar técnicas de reeducação funcional respiratória como percussão, vibração, tosse assistida, entre outras;</p> <p>- Observar o EER na sua prática clínica;</p>	<p>- Humanos: EER orientador;</p> <p>- Materiais: Estetoscópio; Oxímetro; Bibliografia sobre o tema; Processo clínico;</p> <p>- Físicos:DRFR;</p>	<p>Desenvolve uma prática de cuidados com conhecimento e destreza manual adequadas a cada pessoa.</p>

APENDICE II – Objetivos para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>A.Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p>	<p>1.Desenvolver uma prática profissional com respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa e responsabilização profissional.</p>	<p>-Aplicar princípios éticos, deontológicos nas intervenções realizadas, assim como salvaguardar os direitos humanos;</p> <p>-Mobilizar conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares, complementando-os com pesquisa bibliográfica, protocolos, normas, escalas e registos realizados;</p> <p>-Colher dados junto do cliente/família/cuidador informal, consulta do processo clínico e meios auxiliares de diagnóstico (de modo a identificar a necessidade de intervenção de EER);</p>	<p>-Humanos: Cliente e/ou família/cuidador informal; EER, Equipa de Enfermagem, professor orientador;</p> <p>-Materiais: Livros, publicações na área da ética e/ou deontologia- Normas, p; Protocolos dos serviços, escalas e instrumentos de avaliação;</p>	<p>- Desenvolve a prestação de cuidados, baseada nos princípios éticos e deontológicos, com responsabilidade profissional;</p> <p>-Obtém as informações necessárias à correcta avaliação da situação, complexidade e singularidade;</p>

				- Participa no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar;
--	--	--	--	--

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>B.Melhoria continua da qualidade</p> <p>B1.Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p>	<p>2. Promover um ambiente terapêutico e seguro na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa nos diferentes ensinos clínicos.</p>	<p>- Integração no serviço, dinâmica, e na equipa multidisciplinar;</p> <p>- Identificar os recursos do serviço, de forma a mobilizá-los nos cuidados de reabilitação prestados;</p> <p>- Participar nas atividades do enfermeiro orientador, de modo a compreender a sua função na melhoria da qualidade de cuidados;</p> <p>-Respeitar a pessoa e a sua privacidade;</p>	<p>-Humanos: Enfermeiro chefe;EEER e orientador nos diferentes locais de ensino clínico; Equipa de enfermagem</p> <p>-Materiais: Protocolos dos serviços onde irá decorrer o</p>	<p>-Demonstra compreensão e respeito por cada pessoa e pela sua privacidade.</p> <p>-Utiliza conhecimentos baseados em evidências científicas na prestação de</p>

<p>B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>		<p>-Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação baseados em evidências científicas;</p> <p>- Adequar técnicas e materiais a cada situação.</p>	<p>ensino clínico;</p>	<p>cuidados de enfermagem.</p> <p>- Utiliza correctamente os materiais de apoio existentes em cada local de ensino clínico.</p> <p>- Reflecte sobre a sua prestação de cuidados e postura;</p>
--	--	---	------------------------	--

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Critérios de avaliação
<p>C. Gestão de Cuidados</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.</p>	<p>3.Colaborar com enfermeiro orientador nos diferentes locais de ensino clínico, na gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação face à equipa de enfermagem, permitindo uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.</p>	<p>- Conhecer as atividades delegadas na restante equipa, relacionadas com os cuidados do EER, na promoção da continuidade do processo de reabilitação;</p> <p>- Participação em reuniões multidisciplinares e colaboração nas decisões da equipa;</p> <p>- Planificação, realização e avaliação de ensinos junto com o EER de acordo com as necessidades encontradas, quer junto da comunidade/pessoa/cuidador informal;</p>	<p>- Humanos:EEER e orientador nos diferentes locais de ensino clínico; Equipa de enfermagem</p> <p>-Materiais: Protocolos dos serviços onde irá decorrer o ensino clínico;</p>	<p>- Participa em projetos em curso, relacionados com EEER ou nos quais o EEER se encontre a colaborar;</p> <p>- Elabora e realiza sessões de formação na área da ER, esclarecimento à equipa ou família/cuidador informal;</p> <p>- Mobiliza os elementos da equipa de enfermagem nos cuidados de reabilitação;</p>

Domínios e competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Crítérios de avaliação
<p>D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>4. Reflectir sobre o desempenho efectuado na prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes ensinos clínicos com vista a aquisição de novos conhecimentos, crescimento pessoal e profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão e análise da prestação de cuidados com o EEER e com o professor orientador; - Reconhecimento dos recursos e limitações pessoais e profissionais; - Gestão de sentimentos e emoções visando uma resposta mais adequada a cada situação; - Elaboração de diários de aprendizagem, facultando espaço e tempo para a reflexão; - Articulação do conhecimentos teórico com a prestação de cuidados de ER; - Desenvolver um papel de autonomia e responsabilidade crescente, permitindo cuidar de um número crescente de clientes, aumentando a sua complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Humanos: EEER orientador nos diferentes locais de ensino clínico; Professor orientador. - Materiais: Caderno de registo; Diários de aprendizagem; 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem consciência das suas dificuldades e limitações; - Realiza diários de aprendizagem, demonstrando capacidade reflexiva e crescimento pessoal e profissional; - Elabora materiais de registo de forma a adaptar as necessidades às aprendizagens;

APÊNDICE III – Cronograma dos objetivos específicos da área opcional.

Semanas	Outubro					Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			
	1	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Férias		13	14	15	16	17	18	19	20
DRFR																						
ECCI																						
Objetivo 1																						
Objetivo 2																						
Objetivo 3																						
Objetivo 4																						
Objetivo 5																						
Objetivo 6																						

Apêndice II – Diário de Aprendizagem

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Encontro-me agora em ensino clínico, no Departamento de Reeducação Funcional Respiratória (DRFR), estágio que se enquadra no plano de estudos da Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Este é o local ideal para aplicar os conhecimentos adquiridos, desenvolver competências científicas, técnicas e humanas, sob orientação de alguém experiente/perito em enfermagem de reabilitação. Iniciar este ensino clínico foi para mim uma situação geradora de *stress* e em algumas situações ainda o é. Se por um lado ansiava por poder aprender e desenvolver conhecimentos e experiência prática, por outro lado, surgiam-me questões e dúvidas que me provocavam ansiedade. Como reconheço o que é cuidado especializado, do cuidado generalista? Como fazer a diferença nos cuidados que presto, demonstrando a sua especificidade? Onde acaba um campo de conhecimento e começa outro? Ou serão estes campos de conhecimento sobrepostos, onde aprofundo e desenvolvo agora novas competências? O que é prestar cuidados como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER)?

Esta desordem no meu pensamento provocava-me alguma ansiedade e de certo modo alguma insegurança na prestação de cuidados como aluna da especialidade em reabilitação. Para “ajudar” a este sentimento, este ensino clínico decorre na mesma instituição onde trabalho há sete anos e aconteceu várias vezes, de manhã ter de “vestir a camisola” de aluna de especialidade, e à tarde a de enfermeira generalista..., não é e não foi fácil de conjugar estes dois papéis, principalmente nos dias iniciais. Ora tinha um certo tipo de papel e raciocínio na minha intervenção como enfermeira, ora tinha que mudar essa forma de pensar. Mas será que tinha mesmo que mudar a minha forma de pensar? Ou estaria eu a integrar um novo olhar sobre a prática de cuidados?

As questões que me surgiram nesta ambivalência de papéis especialista/generalista, ajudaram-me a reflectir sobre o campo de acção como enfermeira especialista, podendo consolidar conhecimentos e aquando da minha intervenção e prestação de cuidados ter esse pensamento e

questionamento consciente, o que posso oferecer enquanto enfermeira especialista? Qual o meu papel aqui? É então na prática de cuidados que me apercebo da diferença, importância e preciosidade que os cuidados de enfermagem de reabilitação têm na recuperação daquela pessoa e/ou prevenção de complicações. Deparo-me com um raciocínio clínico destinto, ao olhar para aquela pessoa alvo dos nossos cuidados, o que tenho de avaliar para poder intervir de forma fundamentada é díspar, do que avalio habitualmente na minha prestação de cuidados como enfermeira generalista, para que as intervenções planeadas atinjam o objetivo pretendido, sendo estes objetivos também claramente diferentes. Deparo-me com um conhecimento mais aprofundado que agora possuo e estou a desenvolver sobre determinada área, o que me permite prestar cuidados especializados, visando maximizar o potencial funcional e independência daquela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste ensino clínico tenho prestado cuidados na área da reeducação funcional respiratória, como exemplo, presto cuidados a pessoas em contexto pré-cirúrgico e pós-cirúrgico, numa primeira fase com o objetivo de as capacitar a realizar exercícios que permitam uma boa permeabilidade das vias aéreas e uma óptima expansão pulmonar. Para que no pós-cirúrgico os realize precocemente e se previnam complicações, como infecções respiratórias, que podem prolongar o período de internamento e a recuperação da pessoa. Ensinos fundamentais como, a tosse com contenção da sutura, exercícios de relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios abdomino-diafragmáticos, como realizar o levante após a cirurgia, entre outros, fazem parte deste “plano” pré-cirúrgico. O alívio da ansiedade nestes clientes, carece também de grande importância, onde podemos ouvir e desmistificar medos relativamente à cirurgia. Acompanhamos também pessoas em contexto pós-cirúrgico, aqui a intervenção precoce é fundamental, promover uma ventilação adequada e a re-expansão de todas as áreas pulmonares, permite manter a amplitude de movimentos respiratórios e consequentemente promover a rápida melhoria clínica. Neste período encontro pessoas que tiveram

acompanhamento do enfermeiro de reabilitação antes da cirurgia e pessoas que não tiveram esse “privilégio”, e é certo que o proveito e os resultados mais favoráveis são de quem já teve o nosso acompanhamento antes. Pois já têm conhecimentos sobre exercícios e técnicas que podem iniciar precocemente, facilitando assim a sua recuperação, onde a sua vontade de voltar ao dia a dia é visível, na sua pro-actividade e na compreensão da importância destes exercícios terapêuticos. Capacitamos! Para que sejam mais autónomos na sua recuperação.

Quando falo de cuidados especializados e na minha intervenção como futura enfermeira especialista, compreendo que aquela pessoa é meu parceiro, nos objetivos pretendidos para si e para a enfermagem. Ter em conta dimensões como o respeito pelos seus valores, autonomia e escolha individual, é fundamental quando estabelecemos um plano de trabalho em parceria. Tenho tido situações em que naquele dia (dia da sessão de reeducação funcional respiratória), a pessoa não quer colaborar connosco, ou está renitente, desconfiada, ou mesmo triste com a sua situação clínica, nessas situações tentamos compreender o porquê e utilizamos aquele tempo para dar algum suporte emocional, e alívio de alguma ansiedade, fortalecendo a relação terapêutica enfermeira-cliente. Na visita seguinte, já existe mais confiança e vamos construindo a relação terapêutica que nos permite intervir, junto, com aquela pessoa. Cada um é único, e se algumas pessoas iniciam logo Reeducação Funcional Respiratória na primeira sessão, para outros talvez a primeira e a segunda sessão, seja mais importante estabelecer uma relação de confiança, para que toda a nossa intervenção seguinte, seja bem sucedida. Para que a pessoa receba aquilo que temos para oferecer há que estar predisposta a, para que sejamos capazes de a capacitar.

Reflectir sobre o meu papel como enfermeira de reabilitação ajudou-me a ter intervenções mais concretas e um cuidado especializado junto da pessoa de quem cuido. Agora quando me vejo no meu serviço a prestar cuidados, já trago alguns desses conhecimentos para a minha prática diária, dando

contributos à minha atuação, pois ainda sou enfermeira generalista. Vejo-me a olhar para sinais, sintomas, a avaliar e a realizar planos de intervenção em pensamento que antes não fazia, pois não tinha conhecimento para tal. Penso que esta desordem inicial foi uma mais valia, refletindo sobre isso, apercebi-me que os meus conhecimentos estão a desenvolver-se, a modificar-se e é nesta transição de papéis que me encontro enfermeira generalista/enfermeira especialista, existindo a integração dos conhecimentos em forma de competências.

De uma forma global explico o que tenho apreendido e faz-me sentido a importância dos conhecimentos que estou a aprofundar, permitindo-me desenvolver competências humanas técnicas e científicas, que em conjunto com todas as outras medidas terapêuticas que a equipa multidisciplinar promove, permitem melhorar a qualidade de vida da pessoa alvo de cuidados.

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Erdman, A. L. (2009). Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22, 551-553. Acedido em 29-10-2013 <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa. Acedido em 05-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

APÊNDICE III- Estudo de Caso na ECCI



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Equipa Cuidados Continuados Integrados

PLANO DE CUIDADOS

Joana Isabel Gonçalves Bento

Profº. Orientador Miguel Serra

Enfº. Orientador P. S.

Lisboa

Janeiro de 2013

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

MSE – Membro Superior Esquerdo

MIE – Membro Inferior Esquerdo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

USF – Unidade Saúde Familiar

URAP – Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Partilhados

USP – Unidade Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	V
1. CARACTERÍSTICAS DO CONCELHO	V
1.1. Caracterização do centro saúde	VI
1.1.1. Parcerias do centro saúde na comunidade	VI
1.2. Equipa Cuidados Continuados Integrados	VII
2. CASO CLÍNICO	VII
2.1. Avaliação inicial - Anamnese	VII
2.2. Avaliação pelo EEER – Primeira visita domiciliária	IX
2.2.1. Avaliação neurológica	IX
2.2.2. Avaliação da dependência e riscos	XIII
2.2.3. Avaliação dos seus recursos e outros dados relevantes	XIII
2.3. Requisitos de Autocuidado - Avaliação	XIV
3. PLANO DE CUIDADOS	XVIII
4. CONCLUSÃO	XXVII
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXVIII

INTRODUÇÃO

Antes de iniciar este plano de cuidados, é essencial explicar o contexto em que os cuidados de enfermagem de reabilitação são prestados. Considero importante conhecer as características sociodemográficas da população do concelho, assim como a organização e dinâmica da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), para que os meus cuidados enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), possam ser mais direccionados e personalizados. Conhecer as características do concelho tal como as parcerias que o Centro de Saúde tem com outras instituições, permite-me mobilizar os recursos existentes na comunidade, como uma mais valia na prestação dos meus cuidados, tendo em vista a melhoria do bem-estar do cliente.

1. CARACTERÍSTICAS DO CONCELHO

O concelho onde se encontra a ECCI situa-se, na periferia da área metropolitana de Lisboa, este concelho do distrito de Lisboa, divide-se em 11 freguesias, dispersas por uma área de 291km². A população deste concelho segundo o INE (2011) é cerca de 76 685 habitantes, não existindo diferença significativa entre o sexo feminino e masculino. Verifica-se um aumento significativo da população nos últimos anos, levando a que os recursos existentes na comunidade se estructurem, dando assim respostas eficazes para responder às suas necessidades. Este concelho dispõe de uma grande variedade de recursos na comunidade que têm como grande objetivo proporcionar uma melhoria das condições da população, promovendo o seu bem estar e qualidade de vida. O centro de saúde constitui-se como um destes recursos em articulação com centros sociais e paroquiais, que propiciam um serviço de apoio domiciliário, que complementam muitas vezes o trabalho da ECCI.

1.1. Caracterização do Centro de Saúde

A prestação de cuidados de saúde primários a esta população, apoia-se nas suas unidades funcionais, que se encontram organizadas em Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), distribuídas de acordo com as necessidades desta população. Cada uma destas unidades funcionais é composta por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizacional e técnica que actua em cooperação com as demais unidades funcionais quer do centro de saúde, e do ACES (Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de Outubro, 2013).

1.1.1. Parcerias do centro saúde na comunidade

Um dos critérios de internamento na RNCCI é que a pessoa no seu domicílio tenha um cuidador informal/familiar que a ajude na realização do seu autocuidado. Os cuidados que o cuidador informal não é capaz de dar resposta, são prestados pelos profissionais de saúde e pela articulação com outros técnicos que proporcionam mais qualidade de vida àquela pessoa. Deste modo, existe nesta comunidade, algumas instituições para que na existência de necessidades, existam respostas. Estas parcerias são de carácter informal:

- Câmara Municipal;
- Santa Casa da Misericórdia(Banco de ajudas);
- Junta de Freguesia;
- Irmãs vicentinas;
- Protecção Civil (Banco de ajudas técnicas);
- Posto assistencial;
- Centro social e Paroquial;

1.2. Equipa Cuidados Continuados Integrados

Este ensino clínico desenrola-se na Equipa de Cuidados Continuados integrados (ECCI), que se encontra agregada à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Esta ECCI é constituída essencialmente por enfermeiros generalistas e três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Para além disso, tem apoio da URAP que disponibiliza a colaboração de técnicos, como o psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e fisioterapeuta. Em relação ao apoio médico, a ECCI, não tem nenhum médico atribuído, quando algum cliente necessita da sua intervenção recorre-se ao médico de família, ou quando não tem médico de família, será um dos médicos do centro de saúde que se mostre mais disponível naquele momento.

Esta equipa tem como missão a recuperação global do cliente, promovendo a sua autonomia e a melhoria da sua funcionalidade em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social, no âmbito domiciliário e comunitário através de unidades móveis de intervenção (Despacho nº 10142/2009 de 16 de Abril, 2009).

O EEER desta equipa tem uma média de 5 a 6 clientes a quem presta cuidados, as visitas domiciliárias têm uma periodicidade de 2 a 3 vezes por semana, dependendo da situação de saúde cada cliente em causa. Destes 5 a 6 clientes, encontram-se situações agudas de incapacidade adquirida e consequente perda de função e limitação na realização do seu autocuidado. E situações crónicas em que se assiste a uma deterioração do estado de saúde da pessoa e consequente dependência gradual, relacionada com a sua patologia que pode ser degenerativa ou não, e com as co-morbilidades associadas. Aqui o EEER tem um papel diferente na sua intervenção, se por um lado actua com a missão de maximizar a funcionalidade e independência daquela pessoa, e/ou adaptação às sequelas, por outro lado actua como facilitador à adaptação da sua nova condição de dependência. Processo que acontece de forma gradual e que pode ir sendo planeada e perspectivada junto

da pessoa, intervindo com a missão de prevenção de complicações que possam advir da sua perda de capacidade gradual.

2. CASO CLÍNICO

Este plano de cuidados diz respeito ao Sr. Pedro (nome fictício). Este chegou aos cuidados da ECCI após ser referenciado de um hospital central em Lisboa à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Depois de ter sofrido um Acidente Vascular cerebral (AVC) do qual resultou hemiparésia esquerda sequelar, a primeira visita domiciliária realizada por mim foi realizada dia 5 Dezembro 2013.

2.1. Avaliação Inicial – Anamenese

O Sr. Pedro tem 66 anos de idade é de raça negra, reformado, vive com a esposa e tem dois filhos. Um destes ainda a residir com os pais. Vive numa vivenda, com pequeno jardim. Para se ter acesso à vivenda é necessário descer cerca de cinco degraus para o pátio e depois subir cerca de 6 degraus para entrar no domicílio. A casa é toda no mesmo piso.

Antecedentes Familiares: Desconhecidos

Antecedentes Pessoais:

- Hipertensão Arterial;
- Diabetes Mellitus tipo 2;
- Hábitos tabágicos;
- Hábitos alcoólicos moderados.

História da Doença Actual:

O Sr. Pedro esteve internado numa Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, entre o dia 11/11/2013 e 3/12/2013. Dirigiu-se na altura ao centro de saúde, por instalação súbita de vertigens, disartria e diminuição da força no hemicorpo esquerdo. Após avaliação médica foi encaminhado à urgência do hospital da sua área de residência, onde se confirmou após realização de TAC, AVC isquémico do território vertebro basilar. Já no internamento é diagnosticado Diabetes Mellitus tipo 2.

Teve alta dia 3/12/2013 onde é descrito as seguintes sequelas:

- Disartria moderada;
- Disfagia para líquidos;
- Hemiparesia de predomínio braquial;
- Alteração da sensibilidade álgica no Membro Superior Esquerdo (MSE), que não é evidente no Membro Inferior Esquerdo (MIE);
- Sensibilidade térmica e de pressão mantida;

2.2. Avaliação pelo EEER - Primeira Visita Domiciliária

O Sr. Pedro encontrava-se no leito numa cama articulada, produto de apoio obtido através da assistente social do hospital, onde havia estado internado, pelo qual é pago um valor mensal de aluguer. Avaliada tensão arterial 130/80mmHg e glicemia de 203 mg/dL (pós-prandial).

2.2.1. Avaliação Neurológica

Consciência:

Na avaliação do estado de consciência a escala mais utilizada é a de Glasgow.

Neste caso clínico apresentado, o Sr. Pedro encontra-se no estado de consciência plena, pois responde adequadamente aos estímulos, está desperto e consciente do ambiente que o rodeia, e em relação à sua situação clínica.

Segundo a avaliação realizada pela escala de Glasgow o Sr. Pedro apresenta um Score de 15.

Estado de Orientação:

Apresenta orientação auto e alopsíquica.

Memória e atenção:

O Sr. Pedro não apresenta alterações de memória sendo capaz de descrever eventos ou situações vividas anteriormente, assim como eventos mais recentes, como dizer o que tomou ao pequeno almoço, por exemplo.

Em relação à atenção, mostra algum défice, distraíndo-se facilmente com o meio externo não se focando durante muito tempo em pequenas tarefas ou ordens simples que lhe são pedidas para realizar.

Linguagem:

Ao nível da linguagem não apresenta alterações de compreensão e nomeação, sendo capaz de ter um discurso espontâneo quando solicitado.

Sensibilidade:

Relativamente à sensibilidade superficial avalia-se a nível térmico, doloroso e tátil. O Sr. Pedro apresenta hipoestesia a nível do MSE.

Força Muscular:

Para avaliar a força muscular existem diversas escalas, mas a mais usada é a de Lower (ANEXO 2). Deve ser realizada da área distal para a proximal. Foi avaliada a força a nível dos segmentos do hemicorpo esquerdo onde apresenta sequelas do AVC. Confirma-se a hemiparésia de predomínio braquial, onde apresenta a força mais diminuída e/ou abolida. Na tabela seguinte encontra-se a avaliação da força de cada segmento corporal.

Segmentos	Movimentos	Força
Cabeça e Pescoço	Flexão	5
	Extensão	5
	Flexão lateral esquerda	5
	Flexão lateral direita	5
	Rotação	5
Membro Superior Esquerdo		
Escapulo Umeral	Flexão	2
	Extensão	2
	Adução	2
	Abdução	2
	Rotação Interna	2
	Rotação Externa	2
Cotovelo	Flexão	1
	Extensão	1
Antebraço	Pronação	0
	Supinação	0
Punho	Flexão Palmar	0
	Dorsi-flexão	0
	Desvio radial	0
	Desvio cubital	0
	Circundação	0
Dedos	Flexão	0
	Extensão	0
	Adução	2
	Abdução	2
	Circundação	0
	Oponência do polegar	0

Membro Inferior Esquerdo		
Coxo femural	Flexão	3
	Extensão	3
	Adução	3
	Abdução	3
	Rotação Interna	3
	Rotação Externa	3
Joelho	Flexão	4
	Extensão	4
Tibio-Tarsica	Flexão Plantar	3
	Dorsi-flexão	3
	Inversão	0
	Eversão	0

Tonicidade:

Uma das escalas mais utilizadas na avaliação da espasticidade na pessoa com AVC é a Escala Modificada de Ashworth (ANEXO 3), segundo esta escala o Sr. pedro apresenta score de 1 (Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular quando a região é movida em flexão e extensão).

Coordenação motora:

A nível do MIE onde realiza movimentos ativos assistidos, é visível uma descoordenação motora dos movimentos na rapidez, simetria e ritmo, apresenta ataxia.

Equilíbrio:

Apresenta equilíbrio estático débil na posição de sentado e sem equilíbrio dinâmico. Na posição ortostática não apresenta qualquer equilíbrio.

2.2.2. Avaliação da dependência e riscos

Para se projectarem intervenções congruentes com a avaliação global do cliente, é importante o EEER avaliar o risco de desenvolver úlceras de pressão, o risco de quedas e o nível de dependência da pessoa para realizar as suas AVD, para isso estão protocoladas algumas escalas na RNCCI. A avaliação é realizada inicialmente e mensalmente, ou quando existam alterações significativas do estado geral do cliente. É importante esta avaliação para a elaboração do plano de intervenção de reabilitação e o levantamento de problemas/necessidades.

Avaliação de Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão - Escala de Braden (Anexo 4) – 16 Baixo Risco

Avaliação da Dor- Escala de Faces - Sem dor

Escala de atividades de vida diária – Índice de KATZ (Anexo 5) – 16 Dependente

Índice de Barthel (Anexo 6) -25 Dependência Grave

Risco de Quedas – Escala de Morse (Anexo 7) – 30 Médio Risco

Escala de Atividades Instrumentais da Vida diária (AIVD) - Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI (Anexo 8) – 1 Máxima dependência.

2.2.3. Avaliação dos seus recursos e outros dados relevantes

É importante em contexto domiciliário realizar uma avaliação correcta da existência ou não de recursos que possam ser mobilizados na promoção da independência do Sr. Pedro. Este tem como cuidador principal a esposa que é quem o ajuda no seu autocuidado e está diariamente presente. Para além da esposa, têm uma filha jovem que também dá algum suporte.

Medicação em ambulatório:

Clopidogrel 75mg – 1 x dia;

Sinvastatina 20mg – 1x dia;

Metformina 500mg – 2x dia;

2.3. Requisitos de Autocuidado – Avaliação**Manutenção de uma inspiração adequada de ar para estabelecer o padrão respiratório**

Não apresenta alterações do seu padrão respiratório habitual.

Manutenção de ingestão suficiente de água

A esposa do Sr. Pedro oferece-lhe água várias vezes por dia contudo apresenta disfagia a líquidos, o que lhe dificulta a sua ingestão.

Manutenção de ingestão suficiente de alimentos

A esposa prepara as refeições e ajuda-o a alimentar-se, sem qualquer dificuldade.

Promoção dos cuidados associados com a eliminação

O Sr. Pedro não consegue realizar a sua higiene sozinho, pelo que é ajudado no seu autocuidado higiene pela sua esposa. Tem continência de esfíncteres, mas devido à sua dependência física não utiliza o W.C., neste momento não apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado. Também não dispõe de produtos de apoio (cadeira de rodas) que o permita deslocar-se até ao W.C.. Para além da aquisição da cadeira de rodas, é necessário realizar alterações nas estruturas físicas do W.C. pois não é possível entrar com a cadeira de rodas neste espaço, para que possa utilizar a sanita.

A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso.

Défice na capacidade de se mobilizar relacionado com hemiparésia esquerda.

A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.

Apesar de estar limitado ao quarto tem sempre a companhia da esposa com quem habitualmente já passava bastante tempo.

A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano.

Desconhece como realizar a avaliação da sua glicemia capilar e a importância de o fazer, contudo será a esposa a fazer esta avaliação. Desconhece a importância de manter um ambiente seguro, que limite o risco de queda, por exemplo desconhecimento do cuidador de como se realiza uma transferência do leito para o cadeirão.

A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de “ser normal”.

O Sr. Pedro apresenta neste momento uma incapacidade adquirida (hemiparésia esquerda) sequelar do AVC isquémico que sofreu, e encontra-se consequentemente dependente de terceiros para conseguir dar resposta ao seu autocuidado. É nesta fase que o EEER tem um papel fundamental na promoção do seu potencial, para atingir a sua independência máxima, proporcionando-lhe maior qualidade de vida. A prevenção de deformidades e da adopção do padrão espástico característico, passa também por um ponto fundamental da nossa intervenção precoce.

Resumo dos **problemas de enfermagem** encontrados, após avaliação dos requisitos de autocuidado:

1. Défice do mecanismo do controlo postural relacionado com hemiparésia esquerda, manifestado por posturas inadequadas.
2. Risco de adopção de padrão espástico relacionado com a imobilidade.
3. Défice na ingestão suficiente de água relacionado com disfagia a líquidos, manifestado por desidratação e urina concentrada.
4. Défice na capacidade de utilizar o W.C. relacionado com hemiparesia esquerda, inexistência produtos de apoio para se deslocar e ambiente físico limitativo.
5. Défice de conhecimento na avaliação da glicemia capilar por parte da cuidadora.
6. Risco de queda relacionado com ausência de equilíbrio estático e dinâmico sentado e pelo desconhecimento de técnicas de transferência por parte da cuidadora.

3. PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
5/12/2013	1. Défice do mecanismo do controlo postural relacionado com hemiparésia esquerda, manifestado por posturas inadequadas	<ul style="list-style-type: none"> - Que adquira equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Que adquira padrões normais de postura e movimentos que lhe permitam realizar exercícios essenciais para a realização de alguns autocuidados; - Estimular a sensibilidade do lado afectado; - Estimular movimentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios de equilíbrio, sentado no leito sem qualquer apoio lateral, ao nível estático e dinâmico (correção postural, manter equilíbrio corporal enquanto solicitamos a rotação da cabeça para o lado esquerdo/direito e para a frente, dar pequenos “empurrões” lateralmente, para a frente e trás para que o Sr. Pedro compense com o tronco e consiga adoptar a postura sentado; fazê-lo “cair” sobre o cotovelo do lado afectado e não afectado, para que este seja capaz de regressar à posição de sentado estimulando assim a sensibilidade profunda); - Incentivar a trocar a disposição da 	<p>1ª Visita e 2ª Visita</p> <p>O Sr. Pedro apresenta equilíbrio estático e dinâmico débil, mas com potencial para ter equilíbrio do tronco.</p> <p>3ª Visita</p> <p>Mantém equilíbrio sentado já mais estável;</p>

		do lado afectado;	<p>cama articulada, pois o lado hemiparético encontra-se junto à parede pelo que a abordagem é sempre feita pelo lado são, logo não se está a investir na sensibilização do lado afectado. Pela disposição do mobiliário não foi possível esta alteração pelo que foi incentivado a dormir no leito com a esposa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios como o rolar sobre o lado afectado e não afectado; - Ensinar a realizar a ponte; - Exercícios de rotação controlada da anca; - Ensinar e orientar exercícios de automobilização (chama-lo a atenção do MSE para que tome consciência do mesmo, como parte integrante do seu corpo, seja capaz de elevar ambos os membros com a ajuda do lado são, realize elevação escapulo –umeral); 	<p>Visitas seguintes</p> <p>Até ao momento ainda não dorme no leito com a esposa, mas como já realiza levante e passa menos tempo na cama articulada tem-se incentivado neste momento a regressar à sua cama habitual, para que a estimulação seja feita pelo lado afectado (facilitação cruzada);</p> <p>Insistiu-se em exercícios como o rolar, fazer a ponte e exercícios de automobilização. Estes últimos exercícios são várias vezes solicitados corrigindo-se a postura e o movimento rápido abrupto que por vezes</p>
--	--	-------------------	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Contactar a protecção civil para solicitar pedaleira, para fortalecimento dos músculos do MIE; - Realizar mobilizações passivas e ativas assistidas desde a primeira visita em todos os segmentos corporais do Hemicorpo esquerdo; -Numa fase posterior insistir em mobilizações com resistências onde apresente força de 4/5; 	<p>o Sr. Pedro apresenta.</p> <p>Tem realizado pedaleira ocasionalmente, Incentivado a fazê-lo cerca de 15 a 20 min por dia.</p> <p>Após ter uma boa estabilidade de equilíbrio sentado, programou-se numa das visitas realizar a posição de pé, assim levou-se um andarilho e conseguiu-se que este adoptasse a posição ortostática com estabilização do MSE e do MIE. Foi</p>
--	--	--	--	---

				possível realizar a posição de pé por apresentar força 4/5 em alguns dos segmentos do MIE (Flexão/Extensão da anca; Adução/Abdução da anca; Rotação interna e externa da anca; Flexão plantar/Dorsi-Flexão)
	2. Risco de adoção de padrão espástico relacionado com a imobilidade	- Evitar a instalação de espasticidade;	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a importância de adoptar o posicionamento em lateral esquerdo, durante o período maior no leito (como reforço da estimulação da sensibilidade profunda e consciencialização do lado hemiparético); - Realizar mobilizações passivas e ativas assistidas desde a primeira visita em todos os segmentos corporais do Hemicorpo esquerdo; - Realizar carga/pressão durante os exercícios de mobilização, estimulando 	Desde a primeira visita O Sr. Pedro refere posicionar-se em lateral esquerdo, durante o período mais longo.

			a sensibilidade profunda;	
	<p>3. Défice na ingestão suficiente de água relacionado com disfagia a líquidos, manifestado por desidratação e urina concentrada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a esposa do Sr. Pedro tenha conhecimento da medida de espessante a colocar em líquidos, para que possa ingerir com segurança; - Manter uma boa ingesta hídrica; - Ingerir cerca de 1,5 L de água por dia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a esposa na importância da utilização do espessante em líquidos (1 medida/200ml no caso do Sr. Pedro); - Ensinar a esposa a utilizar a quantidade de espessante necessária para que o Sr. Pedro não apresente disfagia; - Promover a ingestão de alternativas como a gelatina; 	<p>3ª visita e seguintes</p> <p>O Sr. Pedro apresenta pele mais hidratada e a esposa refere que a urina é menos concentrada que anteriormente. Não tem apresentado disfagia com a utilização de espessante e tem conseguido que o Sr. Pedro ingira cerca de 1,5L/dia de líquidos.</p>
	<p>4. Défice na capacidade de utilizar o W.C. relacionado com hemiparésia esquerda, inexistência produtos de apoio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que o Sr. Pedro adquira equilíbrio estático e dinâmico sentado; - Que o Sr. Pedro 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercícios de equilíbrio sentado no leito sem qualquer apoio lateral, a nível estático e dinâmico (já descritos anteriormente); - Contactar com o banco de ajudas da protecção civil, para que seja solicitada 	<p>1ª Visita e 2ª Visita</p> <p>O Sr. Pedro apresenta equilíbrio estático e dinâmico débil, mas com potencial para ter equilíbrio do tronco.</p>

	<p>para se deslocar e ambiente físico limitativo.</p>	<p>adquira e utilize a cadeira rodas que lhe permita deslocar-se até ao W.C.</p> <p>- Que sejam realizadas alterações físicas no W.C. que permitam a entrada da cadeira de rodas e possa utilizar a sanita;</p>	<p>a cadeira de rodas nesta fase inicial para se deslocar;</p> <p>- Gerir com a esposa do Sr. Pedro o ambiente físico: sugestão de pôr a porta do w.c. a abrir para o lado de fora; sugestão de terminar o armário do lavatório ainda em construção, mais pequeno, para que permita a passagem da cadeira de rodas até à sanita.</p> <p>- Ensinar e orientar a esposa a realizar a transferência do Sr. Pedro do leito para a cadeira com e sem ajuda da filha.</p>	<p>3ª Visita</p> <p>O Sr. Pedro adquiriu a cadeira de rodas, durante a visita domiciliária a filha foi buscá-la. Foi logo realizado levante para cadeira de rodas e ensinado à esposa como o fazer com a sua filha.</p> <p>4ª Visita</p> <p>Manteve-se os exercícios de equilíbrio, com maior estabilidade do tronco, a esposa fez a transferência sózinha para a cadeira de rodas sob orientação, com sucesso.</p> <p>5ª Visita</p> <p>Até ao momento a esposa</p>
--	---	---	---	---

				<p>aguarda a visita do seu filho mais velho para realizar as alterações no w.c., também não se tem insistido visto a adopção da posição de pé ser ainda muito débil e insegura para que a esposa o faça sózinha.</p> <p>Conversou-se com a esposa do Sr. Pedro a possibilidade de ter de adquirir uma cadeira de rodas, pois o banco de ajudas da protecção civil, tem um período máximo de empréstimo das dos produtos de apoio de 3 meses. O que vai depender da capacidade do Sr. Pedro realizar marcha ou não.</p>
--	--	--	--	--

	<p>5. Défice de conhecimento na avaliação da glicemia capilar por parte da cuidadora.</p>	<p>- Que a esposa do Sr. Pedro seja capaz de avaliar a glicemia capilar;</p>	<p>- Facultada máquina para avaliação da glicemia capilar;</p> <p>- Ensino e orientação da avaliação da glicemia capilar (local, cuidados a ter, frequência);</p> <p>- Ensino sobre sinais e sintomas de hipoglicemia;</p> <p>- Articulação com dietista da ECCI para plano alimentar mais adequado;</p>	<p>2ª Visita</p> <p>O ensino da técnica da avaliação da glicemia capilar, foi feito numa segunda visita visto ser muita informação no primeiro dia a ser transmitida e avaliada.</p> <p>A esposa do Sr. Pedro consegue realizar a avaliação correcta da glicemia.</p> <p>Visitas seguintes</p> <p>A dietista acompanhou-nos em conjunto numa visita do EER para conversar com a esposa sobre a dieta adequada. Tem avaliado e registado os valores da glicemia capilar em livro</p>

				próprio.
	<p>6.Risco de queda relacionado com ausência de equilíbrio estático e dinâmico sentado e pelo desconhecimento de técnicas de transferência por parte da cuidadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que o Sr. Pedro não apresente nenhuma queda durante o seu processo de reabilitação; - Que a esposa do Sr. Pedro consiga realizar transferências correctas e em segurança do leito para a cadeira rodas e vice-versa; -Que o Sr. Pedro adquira equilíbrio estático e dinâmico sentado; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manter os exercícios de treino de equilíbrio sentado (já explicitados anteriormente); - Ensinar e orientar a esposa nas transferências; - Incentivar o Sr. Pedro a pensar no movimento que realiza, pois apresenta movimentos descordenados e rápidos a nível do membro inferior esquerdo que podem por vezes magoá-lo na forma como posiciona o membro e/ou provocar alguma queda; - Ensinar e instruir a esposa a realizar a transferência pelo lado não lesado, com correção da sua postura. - Correção de postura corporal na 	<p>Após se conseguir que o sr. Pedro tivesse um bom equilíbrio sentado, então foi realizado o ensino à esposa sobre as transferências e validado a forma como o faz. Por vezes ainda se solicita que o faça de forma a se poder corrigir algumas posturas.</p> <p>Como o Sr. Pedro já apresenta força 4/5 em vários segmentos do MIE ao tentar ajudar nas transferências e mobilizações, pode por vezes colocar em causa a sua segurança, pelo que foi incidido que “devia pensar” o movimento</p>

			posição de sentado e na posição de deitado.	explicando-lhe a importância de o fazer. Até ao momento o Sr. Pedro não apresentou nenhuma queda.
--	--	--	---	--

5. CONCLUSÃO

O EEER tem um papel fundamental no acompanhamento da pessoa que sofreu de um AVC e sua família. Como ganhos o Sr. Pedro neste momento apresenta mais sensibilidade tátil a nível do MSE, conseguindo identificar por exemplo qual dos dedos da mão que estão a ser mobilizados. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado. Na posição de pé apresenta equilíbrio estático com apoio, e equilíbrio estático débil sem apoio, não apresenta equilíbrio dinâmico. A nível de força subiu na avaliação dos seguintes segmentos apresenta 1/5 na pronação/supinação, 2/5 flexão/extensão do 5º dedo da mão, 4/5 flexão coxo femural, 5/5 extensão coxo femural, 5/5 adução coxo femural, 4/5 abdução coxo femural, 4/5 rotação interna e externa coxo femural, 5/5 flexão e extensão do joelho, 5/5 flexão plantar/dorsiflexão 4/4 inversão/eversão.

Promover a sua adaptação ao meio e consequentemente ajudá-lo a adquirir mecanismos que o ajudem a lidar com as suas limitações é fundamental para que tenha motivação e empenho neste processo de reabilitação moroso e por vezes difícil. Tenho noção e tenho apreendido que os objetivos e metas colocadas a quem está a passar por este por processo têm de ser realistas e aplicadas sistematicamente como várias metas na mesma estrada, até que se chegue ao potencial máximo de cada pessoa, ou o que esta pessoa esteja disposta a atingir a sentir-se bem com ela própria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de Outubro (2013). Ministério da Saúde. Diário da República 1.ª série, N.º 193 (7-10-2013). 6050-6061. Acedido a 19 Dezembro Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19300/0605006061.pdf>

Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Ministério da Saúde, Gabinete da Ministra. Diário da República 2ª série, Nº174 (16-04-2009). 15438-15440. Acedido em 19 Dezembro 2013. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/14ADB9BB-8FEE-4B5C-BB22-3259B413061D/0/Desp10143_15Abril2009_RegulUCC.pdf

Decreto- Lei nº101/2006 de 6 de Junho (2006). Diário da República, 1º série – A, Nº 109 (6-06-2006).3856-3865. Acedido em 19 Dezembro 2013. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s%5C2006%5C06%5C109A00%5C38563865.pdf>

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ª edição) Loures: Lusodidacta.

INE (2011). Censos. Acedido a 20 Dezembro 2013. Disponível em http://mapas.ine.pt/ms_tmp/7cort3j60qigi4iot7hjb622q2.pdf

Apêndice IV – Diário de Aprendizagem

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Este ensino clínico tem decorrido na Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), de um centro de saúde na periferia de Lisboa. Este campo de estágio tem sido rico em experiências geradoras de conhecimento e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas. Aqui posso observar, compreender e reflectir sobre a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na comunidade.

Trabalho em contexto hospitalar há sete anos, mais concretamente num serviço de medicina e contacto diariamente com EEER que está no meu serviço. Para além disso realizei o primeiro ensino clínico em meio hospitalar. A escolha deste campo de estágio surgiu da minha procura em conhecer: que tipo de intervenções tem o EEER na comunidade? Onde incide a sua atuação? Só estando no terreno e a prestar cuidados como EEER, poderia ter uma visão alargada das áreas em que o EEER actua e onde tem um papel de relevância, aqui na comunidade.

Ao longo deste estágio tenho acompanhado clientes em que existe incapacidade adquirida (casos em que sofrem por exemplo de AVC) e clientes em que existe uma degradação progressiva da sua capacidade em se mobilizar (casos de Esclerose Lateral Amiotrófica). Nestes últimos, sabemos que não existirão ganhos ao nível de se tornarem mais independentes, mas temos um papel preponderante na orientação do cuidador familiar, existindo ganhos significativos ao nível do seu bem estar e adaptação ao meio envolvente.

Ou seja, aquela “ideia” de trabalhar com clientes na sua fase aguda, em que se procura atingir o potencial máximo de independência e autonomia e que se observa na sua maioria em ambiente hospitalar é redutora quando a transpomos para o contexto da comunidade, pois para além disso, pretende-se a sua reintegração na família, comunidade e sociedade. Onde a família tem um papel preponderante na sua re-integração, sendo nosso parceiro na reabilitação daquela pessoa.

Tenho acompanhado um cliente que sofreu um AVC hemorrágico talâmico, com necessidade de colocação de derivação ventrículo/peritoneal, como sequelas apresentava hemiparésia esquerda e afasia. Contudo, esta válvula obstruiu duas vezes, tendo sido novamente intervencionado para substituição da mesma. Após alta hospitalar foi referenciado para a ECCI. Aquando da primeira visita domiciliária realizou-se a avaliação do potencial de reabilitação deste senhor. De uma forma sintética, desta avaliação observou-se que o Sr. Pedro apresenta espasticidade a nível dos quatro membros, sendo mais acentuada nos membros inferiores, já com algumas anquiloses, encontra-se apático e comunica esporadicamente com monossílabos. Quando solicitado cumpre por vezes ordens simples com movimentos espontâneos ao nível dos membros superiores. Apresenta ainda disfagia para líquidos e por vezes pastosos, quando se encontra mais adormecido, sendo alimentado por vezes por sonda naso gástrica.

Nesta situação intervenções como mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas, entram num plano de prevenção da espasticidade, manutenção da amplitude articular e prevenção de deformidades. Sendo desta forma ganhos essencialmente ao nível da prevenção de complicações. Olhando de uma forma generalista e um pouco redutora, poderíamos dizer que os clientes acamados, que sofrem da síndrome de imobilidade necessitam todos eles da nossa intervenção, pois teremos papel preponderante na prevenção de complicações deste tipo. Visão esta incompatível com os recursos humanos existentes, tal como se poderia deixar cair em erro de abandonar para segundo plano situações em que o cliente ainda tem potencial para readquirir capacidades motoras, necessitando da nossa intervenção de forma mais regular e presente. Assim há que fazer uma “triagem”.

Junto deste cliente há todo um conjunto de intervenções que fazem parte do nosso papel como EEER, o acompanhar o cuidador familiar no seu papel. Para além de ele ser nosso parceiro no processo de reabilitação deste cliente, é também nosso alvo de cuidados. O ensinar, orientar, aconselhar e informar, é

fundamental para que se torne autónomo no seu papel de cuidador. Neste caso o treino dos posicionamentos, ensino e treino de pequenas mobilizações, o treino da alimentação, treino do levantar, gerir o ambiente físico, a sugestão de alguns produtos de apoio que possam melhorar a qualidade de vida do Sr. Pedro. Aqui e junto deste cliente é a nossa intervenção neste momento.

É esta “triagem” que é realizada nesta ECCI, quando nos deparamos com clientes “crónicos”, acamados, a nossa intervenção incide em orientar o cuidador familiar no seu papel, dando-lhe alta da ECCI quando sentimos que este cuidador é capaz. O EEER assume um papel preponderante na adaptação deste cliente na sua unidade familiar e ajuda o cuidador na adaptação a este papel, diminuindo muitos dos problemas de reinserção social que por vezes se encontram (Cordeiro e Menoita, 2012). Reflectir sobre a importância destas intervenções no seio da unidade familiar e consequentes ganhos para o cliente e cuidador, é fundamental para que a nossa intervenção não incida focada no cliente e que ganhos tem a nível motor. Intervir na comunidade é ajudar a plena reintegração do cliente e sua família.

Seria inoportuno prestar cuidados a todos estes clientes, em detrimento de quem tem potencial para se tornar mais autónomo e independente nas suas AVD. É certo que se levantam algumas questões éticas, mas neste momento em termos de recursos humanos e organização do sistema de saúde, é esta a opção do EEER nesta ECCI.

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ª edição) Loures: Lusodidacta.

ANEXO V – Diário de aprendizagem

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

O processo de reabilitação de um cliente não é concretizado apenas pelos técnicos de saúde que nele intervêm e têm um papel preponderante, diz respeito a um compromisso, responsabilidade e envolvimento do próprio cliente, que é essencial para o sucesso e ganhos em saúde neste caminho da reabilitação. Ao longo deste ensino clínico na ECCL tenho-me apercebido disso mesmo, este processo é um processo contínuo longo, persistente e moroso em que muitas vezes os ganhos não se verificam rapidamente como os clientes gostariam que acontecesse. Daí exigirem esforço, empenho e dedicação da sua parte. E se muitas vezes o enfermeiro de reabilitação está lá para estimulá-lo, incentivá-lo e a encorajá-lo a continuar este trabalho, também o está para “chamar a atenção” que sem ele não vale a pena continuarmos este caminho, porque só nós a trabalhar neste processo é insuficiente, pois é preciso o cliente ter um papel responsável e autónomo neste decurso.

Neste momento encontro-me a prestar cuidados à D. Ana, uma Sra. de 79 anos de idade, com antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 e osteoporose. Apresentou quedas recorrentes antes de ser internada no hospital, no qual ficou internada por infeção respiratória e insuficiência cardíaca descompensada. Teve alta com aporte de O₂ para o domicílio. Encontra-se num processo de reeducação funcional respiratória e motora, pretende-se que tenha mais tolerância ao esforço e se atinja fortalecimento muscular. Para que a sua marcha seja mais segura recorreu-se à utilização de andarilho, pelo seu historial de quedas frequentes. A nossa intervenção incide em treinos de fortificação muscular, com controlo dos tempos respiratórios simultaneamente.

Num dia de visita domiciliária chegámos quase ao final da manhã e esta encontrava-se a tomar o pequeno-almoço, deparando-nos com esta situação, conversou-se com a mesma sobre a importância de criar rotinas. Neste momento foi-lhe dito que não iríamos realizar os exercícios habituais, pois encontrava-se a comer e poderia sentir-se mal disposta. Foi uma situação ideal

para ensinar e aconselhar a não realizar jejuns prolongados, pelo facto de ser diabética, e aproximar muito o pequeno-almoço com o almoço e a terapêutica que está a tomar, não é vantajoso para ela.

Olhando para esta situação foi um momento rico em aprendizagem, aproveitou-se a situação para fazê-la compreender que é responsável pelo seu processo de reabilitação, pois só nós, não conseguimos atingir os objetivos também desejados por ela. Responsabilizá-la pelo facto de hoje não podermos trabalhar com ela, por se estar a alimentar naquele momento, foi um incentivo a tornar-se ativa neste percurso. Aproveitando o mesmo momento para corrigir hábitos alimentares e aconselhar a realizar refeições mais pequenas e com mais regularidade. Esta é uma Sra. em que temos sido constantes a incentiva-la a ser o maior responsável na sua reabilitação. O incentivo a treinos de pequenos exercícios com controlo da respiração e fortalecimento muscular são essenciais, mas para que atinjam os ganhos pretendidos é necessário que esta os repita posteriormente várias vezes ao dia. Após um fim-de-semana, foi fácil assistir a um cansaço a pequenos esforços que não apresentava na sexta-feira anterior, questionada acerca dos exercícios que tinha feito, como é natural referiu não ter feito nenhum, o sentir-se mais cansada em alguns exercícios, que já realizava mais facilmente, mostrou que regrediu, onde mais uma vez lhe é demonstrado em como seu papel activo é essencial neste processo.

Compreender a importância da parceria e da responsabilidade que o cliente tem, é fundamental, sei que temos um papel preponderante em motivá-lo, mas mostrar que não pode deixar tudo nas nossas mãos para que tenha sucesso é também uma intervenção importante do nosso papel como EEER.

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ª edição) Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE VI- Estudo de caso no DRFR



4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Departamento Reabilitação Funcional Respiratória

PLANO DE CUIDADOS

Joana Isabel Gonçalves Bento

Profº. Orientador Miguel Serra

Enfª. Orientadora R. R.

Lisboa

Novembro de 2013

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

DRFR - Departamento Reabilitação Funcional Respiratória

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

AP - Auscultação Pulmonar

MV - Murmúrio Vesicular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	V
1. CASO CLÍNICO	VI
1.1. Avaliação Inicial- Anamnese	VI
1.2. Dados subjectivos	VIII
1.3. Dados Objetivos	VIII
1.4. Exames Complementares de Diagnóstico	IX
1.5. Requisitos de Autocuidado	XII
2. PLANO DE CUIDADOS	XIV
3. CONCLUSÃO	XX
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XXI

INTRODUÇÃO

Este ensino clínico decorre no Departamento Reabilitação Funcional Respiratória (DRFR), de um hospital central de Lisboa. Antes de desenvolver o caso clínico gostaria de contextualizar a dinâmica deste serviço, de uma forma sintetizada. O DRFR é constituído por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados a pessoas com alterações a nível respiratório, quer por doença crónica ou aguda, ou ainda como prevenção de complicações, antes da realização de cirurgias. Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída somente por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. O DRFR recebe utentes em regime de ambulatório, onde a reeducação funcional respiratória é realizada neste espaço. Para além disso, elementos desta equipa da enfermagem deslocam-se a vários serviços do hospital, onde não têm enfermeiro de reabilitação a exercer funções. Este cuidado de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) é requisitado pelo seu médico assistente do utente.

Este plano de cuidados diz respeito ao utente Sr. José (nome fictício), internado num serviço de medicina, as sessões de RFR são diárias, ou dependendo da disponibilidade do serviço.

1. CASO CLÍNICO

1.1. Avaliação inicial – Anamnese

O Sr. José tem **80 anos** de idade e é reformado. É orientado no espaço, tempo e pessoa e independente no seu autocuidado. Vive sozinho e tem dois filhos, que lhe dão apoio sempre que necessita. É habitual, aquando da nossa visita vê-lo a enviar mensagens via telemóvel aos filhos ou a terminar os telefonemas com os mesmos. Encontra-se ansioso com a sua situação clínica “*cansado de estar internado*” sic. Por vezes mostra-se renitente em colaborar connosco nos exercícios de RFR, demonstrando que “*já não vale a pena*” sic.

Antecedentes Familiares: Desconhecidos

Antecedentes Pessoais:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) Tabágica;
- Bronquiectasias;
- Hipertensão Pulmonar moderada;
- Hipertensão Arterial;
- Cardiopatia Isquémica;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe III-IV/V;
- Fibrilhação Auricular Paroxística;
- Portador de Pacemaker;
- Hipotireoidismo;
- Hipertrofia Benigna da Próstata;
- Hérnia do Hiato;
- Colectomia parcial por neoplasia do esplénico (1990);
- Herniorrafia inguinal bilateral (2002);

Internamentos Anteriores: Estão descritos dois internamentos anteriores, nos serviços de medicina deste hospital, em Julho e Agosto deste ano, por angina instável e infecção respiratória.

Já nesta altura, em ambos os internamentos realizou RFR.

História da Doença Actual:

O Sr. José dirigiu-se ao serviço de urgência por dispneia para pequenos esforços de carácter progressivo, com cerca de 15 dias de evolução. Apresentava também precordialgia associada a esforços, tipo aperto, ortopneia, trepopneia esquerda e toracalgia esquerda associada a tosse. Fica internado num serviço de medicina, no dia 15/10/2013 com o diagnóstico de DPOC agudizada;

Dia 17/10/2013 é pedido pelo médico assistente, que o DRFR, inicie programa de RFR, onde é descrito que o Sr. José apresenta uma insuficiência cardíaca com **derrame pleural**. Descompensada por DPOC agudizada, por insuficiência terapêutica. Iniciou o seu plano de RFR dia 18/10/2013, quando foi realizada a minha avaliação e levantamento dos problemas de enfermagem.

Medicação em Contexto de Internamento:

Antibioterapia;

Bisoprolol 5mg/dia;

Acido Acetilsalicílico 100mg/dia;

Clopidogrel 75mg/dia;

Alprazolam 0.25mg/dia;

Salbutamol 4 puffs (3xdia)

Brometo Ipatrópio (2xdia)

Beclometasona (2xdia)

1.2. Dados subjectivos

Tosse: Ineficaz.

Expectoração: Mucosa, fluida e escassa.

Dispneia: Refere trepopneia em decúbito lateral esquerdo, quando tenta dormir à noite. Refere cansaço a esforços, após alguma atividade como comer uma refeição principal.

1.3. Dados Objetivos

Inspeção:

Frequência respiratória entre os 18/20 ciclos/min;

Ritmo Normal;

Padrão respiratório predominantemente torácico;

Amplitude diminuída;

Diminuição da expansão pulmonar à direita (hipomobilidade da hemicúpula direita), com assimetria dos movimentos respiratórios do tórax.

Palpação: Diminuição do Frémito Tóraco vocal

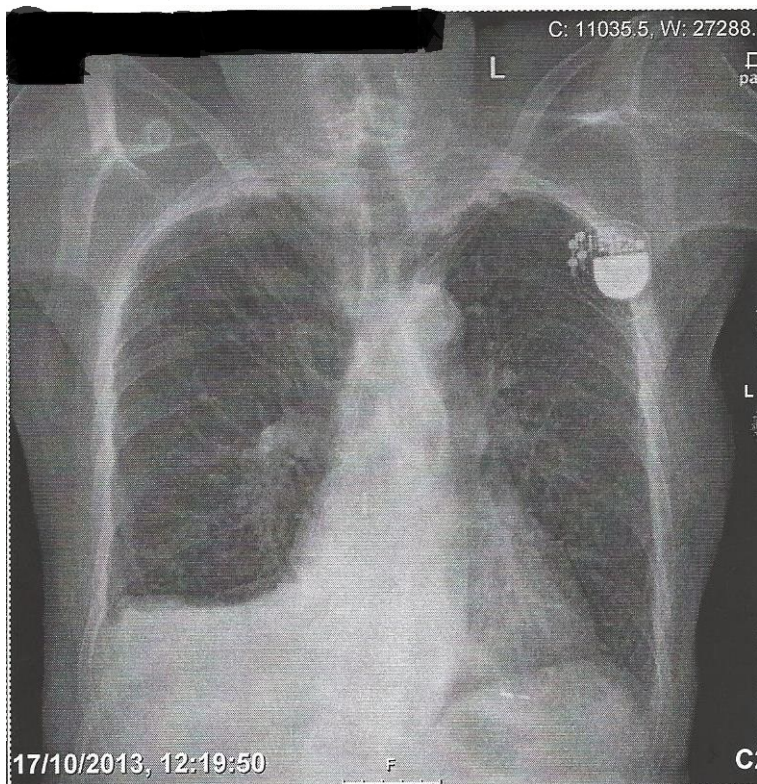
Percussão: Macicez nas bases de ambos os hemitórax.

Auscultação Pulmonar (AP): Murmúrio vesicular (MV) mantido no 1/3 superior do hemitórax direito e no 1/3 superior e médio do hemitórax esquerdo. Murmúrio vesicular encontra-se diminuído no 1/3 inferior e médio do hemitórax direito e no 1/3 inferior esquerdo.

Não apresenta ruídos adventícios.

1.4. Exames complementares de diagnóstico

Radiografia do Tórax dia 17/10/2013



À observação, verifica-se um apagamento do seio cardio-frênico e costofrênico à direita, com hipotransparência na base do hemitórax direito, característico da existência de derrame pleural.

Gasometria arterial de 18/10/2013

- Com O₂ 1.5 L/min

pH - 7.46

paCO₂ - 34.7

paO₂ - 73,4 mmHg (não muito inferior ao normal para a sua idade que seria cerca 75)

HCO₃ - 25.5 mEq/L

Lactatos - 13

S(O₂) - 97%

Valores laboratoriais relevantes

Hemoglobina - 11.8 g/dL

PCR - 1.58 mg/dL

Sinais Vitais

Pulso: 74 bpm

TA: 139/77 mmHg

S(O₂) periféricas: 96/97 % com aporte de oxigenoterapia por óculos nasais a 1.5l/min

Os dados descritos anteriormente foram recolhidos e avaliados dia 18/10/2013 o primeiro dia em que o Sr. José realizou RFR. O plano de cuidados que se segue tem por base a teoria de Autocuidado de Orem, pelo que numa primeira fase faço a descrição dos requisitos Universais de Autocuidado.

1.5. Requisitos Universais de Autocuidado

Requisitos de Autocuidado	Padrão habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção de uma inspiração adequada de ar para estabelecer o padrão respiratório	Apresenta cansaço apenas para médios esforços, como por exemplo tomar duche sem ajuda.	Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a pequenos esforços, trepopneia.	Sistema parcialmente compensatório
Manutenção de ingestão suficiente de água	Ingere cerca de 1 Litro de água por dia.		
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Apresenta-se emagrecido e refere que come pouco às refeições.	Défice de ingestão suficiente de alimentos relacionado com anorexia e maior dispêndio de energia, manifestado por emagrecimento	Sistema de apoio e educação

Promoção dos cuidados associados com a eliminação	<p>É capaz de utilizar o urinol e pede para ir ao wc (apresenta dejecções em dias alternados).</p> <p>É capaz de expelir secreções.</p>	Défice na capacidade de expelir secreções relacionado com tosse ineficaz, manifestado por dificuldade em expelir secreções.	Sistema parcialmente compensatório
A manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso.	Dorme cerca de 6 horas durante a noite.	Défice na capacidade de descansar relacionado com ansiedade e manifestado por insónias	Sistema de apoio e educação
A manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social.	Comunica com os familiares pelo telemóvel	Sem défice.	
A prevenção dos riscos para a vida humana, para o funcionamento humano e para o bem-estar humano.		Sem perigos identificados	
A promoção do funcionamento e desenvolvimento do homem dentro		Sem défice	

dos grupos sociais conforme o potencial humano, as limitações do homem e o desejo do homem de “ser normal”.			
---	--	--	--

Resumo dos problemas de enfermagem encontrados:

- Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a pequenos esforços, dispnéia quando se posiciona em decúbito lateral esquerdo.
- Défice de ingestão suficiente de alimentos relacionado com anorexia e maior dispêndio de energia, manifestado por emagrecimento.
- Défice na capacidade de expelir secreções relacionado com tosse ineficaz, manifestado por dificuldade em expelir secreções.
- Défice na capacidade de descansar relacionado com ansiedade e manifestado por insónias.

2. PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico de enfermagem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
18/10/2013	1. Défice na capacidade de expansão pulmonar relacionado com presença derrame pleural à direita e hiperinsuflação (DPOC) manifestado por cansaço a pequenos esforços, trepopneia.	<ul style="list-style-type: none"> - Impedir a formação de aderências; - Impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências. - Diminuir a hiperinsuflação; - Reduzir a ansiedade e a sobrecarga muscular; - Corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição a a ventilação alveolar; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudá-lo a adoptar posições de descanso e relaxamento; - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Exercícios reeducação diafragmáticos: Reeducação diafragmática da porção posterior do diafragma (decúbito dorsal); Reeducação da hemicúpula diafragmática (decúbito lateral direito); - Expiração com lábios semi-cerrados e mais prolongada que a inspiração; - Exercícios reeducação costal: Reeducação Costal selectiva lateral 	<p>18/10/2013</p> <p>Apresentava-se sentado no cadeirão com aporte de O₂ a 1.5L/min, cansaço a pequenos esforços.</p> <p>O Sr. José realizou os exercícios descritos, numa fase inicial com ajuda parcial e posteriormente de forma autónoma, pois já anteriormente havia realizado reeducação funcional respiratória, tendo dessa forma</p>

			<p>direita com abdução do membro superior;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapêutica de posição: Incentivar o Sr. José a realizar levantar para o cadeirão várias vezes ao dia; No leito incentivá-lo a privilegiar o decúbito lateral esquerdo; - Mobilização das articulações escapulo-umeral; - Suplemento de O2 para corrigir hipoxemia; - Administração da terapêutica inalatória broncodilatadores e corticoides; - Reeducação diafragmática com resistência; 	<p>alguns conhecimentos. Difícil de ter a sua colaboração pela ideia de que “não há muito a fazer, são anos assim” sic. Realizou 4 repetições, e fez uma série destes exercícios.</p> <p>21/10/13</p> <p>Realizava oxigenoterapia a 0.5L/min, com maior tolerância ao esforço. Realizou todos os exercícios e com as mesmas repetições anteriores. Aqui discutiu-se a introdução ou não do expirometro de incentivo, contudo optou-se por não o fazer pois</p>
--	--	--	---	--

				<p>teve-se de ponderar que para além do derrame pleural o Sr. José devido à DPOC, encontra-se hiperinsuflado, logo existia o risco de posteriormente não realizar uma expiração prolongada após a utilização do espirometro de incentivo.</p> <p>22/10/2013 e 25/10/2013</p> <p>Manteve-se a sessão de reeducação funcional respiratória com aumento progressivo da intensidade, realizando no fim 2 series com repetição de 10 vezes cada exercicio.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Introduziu-se resistência na reeducação diafragmática com boa tolerância. AP: MV diminuído apenas no 1/3 inferior direito do hemitorax direito. Amplitude respiratória normal.</p> <p>29/10/2013</p> <p>Apresenta MV mantido em todos os campos pulmonares, com provável alta clínica nesta semana.</p>
	<p>2. Défice de ingestão suficiente de alimentos relacionado com anorexia e maior</p>	<p>- Assegurar um bom aporte nutricional, para que se previna a perda de peso.</p>	<p>- Incentivar o Sr. José a realizar uma dieta fraccionada, de modo a evitar a fadiga;</p> <p>- Ingerir sempre os alimentos mais energéticos em primeiro lugar, devido à existência de anorexia;</p>	<p>29/10/2013</p> <p>O sr. José demonstra conhecimento na importância de realizar refeições completas, contudo refere que neste</p>

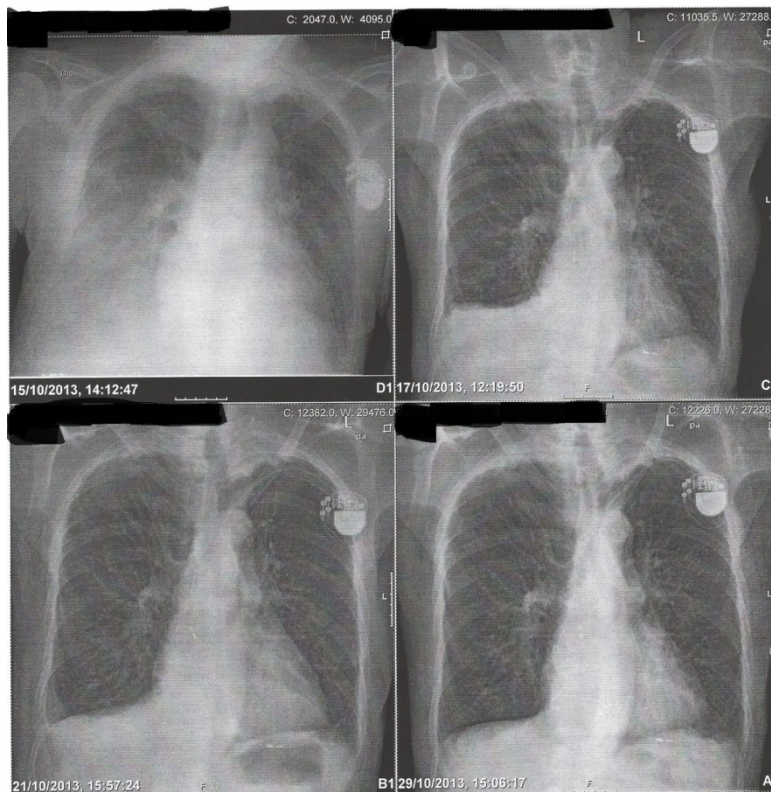
	dispêndio de de energia, manifestado por emagrecimento.		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o consumo de proteínas; - Em conjunto com a equipa de enfermagem do serviço assegurar que se alimente às refeições principais. 	internamento mantém falta de apetite. Diz “faço um esforço para comer, porque sei que é importante” sic
	3. Défice no mecanismo de limpeza das vias áreas relacionado com tosse ineficaz, manifestado por dificuldade em expelir secreções;	- Assegurar a permeabilidade das vias areas através de uma tosse eficaz sendo capaz de expelir secreções.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino da tosse assistida e dirigida; - Posições de descanso e de relaxamento; - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Exercícios de reeducação respiratória globais de tipo abdomino-diafragmático (global, porção anterior com resistência, hemicúpula direita e esquerda) e - Inspirações profundas pelo nariz e expiração lentas com os lábios semicerrados. -Manobras expiratórias (TEF- Técnica Expiratória Forçada- HUFF) 	<p>18/10/2013 e 21/10/2013</p> <p>Apresentou alguns acessos de tosse durante a sessão, com dificuldade em expelir secreções.</p> <p>22/10/2013</p> <p>Apresenta tosse eficaz, capaz de expelir secreções mucosas, escassas e fluidas.</p> <p>23/10/2013</p> <p>Não tem apresentado expectoração nem acessos de tosse</p>

			<p>com o fim de facilitar a progressão das secreções;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administração da terapêutica inalatória broncodilatadores e corticoides; 	
	<p>4. Défice na capacidade de descansar relacionado com ansiedade e manifestado por insónias.</p>	<p>- Assegurar que o Sr. José diminua os níveis de ansiedade e consiga estabelecer um bom padrão de sono nocturno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posições de descanso e de relaxamento; - Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Exercícios de reeducação respiratória globais de tipo abdomino-diafragmático; - Conversar com o mesmo sobre os seus medos e dúvidas, ouvir; - Incentivá-lo a não dormir durante o período diurno; 	<p>18/10/2013 e até 29/10/2013</p> <p>O Sr. José foi diminuindo os níveis de ansiedade, com o facto de sentir menos a sensação de dispneia. Verbalizou sentir-se cansado da sua situação clínica e internamentos frequentes. Nos últimos dias, referiu dormir melhor à noite, referiu realizar exercícios abdomino diafragmáticos antes de dormir.</p>

3. CONCLUSÃO

Nesta situação clínica, quando planeiei o plano de reabilitação para o Sr. José existiram vários fatores que tive de ponderar antes de implementar algumas das intervenções de enfermagem. Se por um lado este apresenta uma DPOC em que existe uma hiperinsuflação, por obstrução dos fluxos respiratórios, por outro lado, este apresentava um derrame pleural em que é necessário uma boa inspiração para se aumentar a capacidade pulmonar, evitando a existência de aderências. Assim, nos exercícios RFR não me podia limitar a insistir na inspiração profunda, mas também na expiração prolongada.

Conseguiu-se um resultado positivo com este plano em que o Sr. José, diminuiu o aporte de O₂, apresentando melhor tolerância ao esforço. Pode-se ver em seguida (na imagem de radiografia tórax), o resultado do trabalho não só nosso, mas de toda a equipa multidisciplinar, através da radiografia torax, em que o derrame é quase reabsorvido na totalidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cordeiro, M., Menoita, E. (2012). Manual de Boas Práticas da Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.





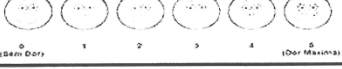

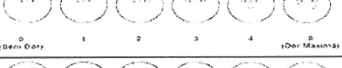
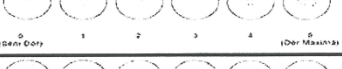

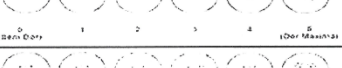
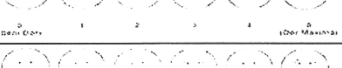

Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados (4ª edição) Loures: Lusodidacta.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Faces

Avaliação de Dor

Nome: N° Proc.

Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		
Data:		Localização:
Hora:		

ANEXO II – Índice de Barthel

Nome	
Diagnóstico	Processo Nº

Índice de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	1ª	2ª	3ª
			Avaliação Data	Avaliação Data	Avaliação Data
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e ao copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo	5			
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0			
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar, ou não se lava e seca sozinho	0			
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0			
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5			
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0			
Eliminação intestinal (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita ajuda para administrar supositórios ou enema	5			
	Incontinente	0			
Eliminação vesical (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5			
	Incontinência	0			
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda - para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			
	Dependente	0			
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5			
	Dependente	0			
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0			
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5			
	Dependente	0			
Rúbrica do avaliador					
Soma do índice					

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

ANEXO III – Escala de Lawton & Brody

Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI
Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

		1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Pontuação	Data	Data	Data
Capacidade para usar o telefone				
1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números...	1			
2. Marca alguns números que conhece bem	1			
3. Atende o telefone mas não marca números	1	X		
4. Não usa o telefone	0			
Fazer compras				
1. Faz as compras que necessita sozinho	1			
2. Compra sozinho pequenas coisas	0			
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	0			
4. Incapaz de fazer Compras	0	X		
Preparar refeições				
1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1			
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	0			
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0			
4. Necessita de refeições preparadas e servidas	0	X		
Lavar a roupa				
1. Lava toda a sua roupa	1			
2. Lava pequenas peças de roupa	1			
3. É incapaz de lavar a sua roupa	0	X		
Modo de Transporte				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	1			
2. Não usa transportes públicos excepto táxi	1			
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1			
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro.	0			
5. Incapaz de se deslocar	0	X		
Responsabilidade pela própria medicação				
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas	1			
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros	0			
3. É incapaz de tomar a medicação	0	X		
Capacidade para lidar com o dinheiro				
1. Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda	1			
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores	1			
3. Incapaz de lidar com o dinheiro	0	X		
Cuidar da casa				
1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")	1			
2. Realiza tarefas diárias como lavar a loiça ou fazer a cama	1			
3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1			
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1			
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0	X		
Rúbrica do avaliador				
Total da pontuação				

Máxima Dependência = 0 pontos

Dependência de terceiros = 4 pontos

Independência Total = 8 pontos

ANEXO IV – Índice de Katz

Índice de KATZ
Escala de actividades de vida diária (AVD)

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data	Data	Data
Lavar-se			
1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda			
2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo			
3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou para entrar ou sair do banho			
Vestir-se			
1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda			
2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos			
3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo			
Utilizar a sanita			
1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda			
2. Precisa de ajuda para ir á sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio de noite			
3. Não consegue utilizar a sanita			
Mobilizar-se			
1. Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda			
2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda			
3. Não se levanta da cama			
Ser continente			
1. Controla completamente os esfínteres, anal e vesical, não tendo perdas			
2. Tem incontinência ocasional			
3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de ajuda			
Alimentar-se			
1. Come sem qualquer ajuda			
2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão			
3. Necessita de ajuda para comer ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda ou por via endovenosa			
Pontuação total			
Rúbrica do avaliador			

Classificação	
6	Independente
7 – 10	Parcialmente Dependente
11 – 17	Dependente
≥ 17	Totalmente Dependente

ANEXO V – Escala de Lower

Escala de Lower

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de Movimento Completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contracção muscular e sem movimento

ANEXO VI – Escala de Ashworth

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

- | | |
|-----|---|
| 0 | Nenhum aumento no tônus muscular. |
| 1 | Leve aumento no tônus muscular manifestado pelo ato de prender e soltar ou por uma resistência mínima no final da amplitude de movimento (ADM) quando a parte afetada é movida em flexão ou extensão. |
| 1 + | Leve aumento no tônus muscular, manifestado pelo ato de prender, seguido de uma resistência mínima por todo o resto (menos da metade) da ADM. |
| 2 | Um aumento mais marcado no tônus muscular pela maior parte da ADM, mas a parte afetada é facilmente mobilizada. |
| 3 | Aumento considerável no tônus muscular com movimento passivo difícil. |
| 4 | Parte afetada rígida em flexão ou extensão. |

ANEXO VII – Escala de Braden

Escala de Braden

Baixo risco (6 - 17)

Risco elevado (18 - 23)

ANEXO VIII – Escala de Morse

Nome		Processo Nº	
Diagnóstico			

Escala de MORSE – Risco de Quedas	1ª	2ª	3ª
	Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Data	Data	Data
AValiação			
1. Antecedentes de quedas			
0 - Não			
25 - Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses)			
2. Diagnóstico Secundário			
0 - Não			
15 - Sim (se mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico)			
3. Apoio para Deambulação			
0 - Sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) / CR / Acamado			
15 - Com ajuda de auxiliar de marcha			
30 - Apoiando-se na mobília			
4. Medicação e/ou Heparina intravenosa			
0 - Não			
20 - Sim			
5 - Marcha			
0 - Normal / CR / Acamado			
10 - Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília			
20 - Défices de marcha- Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)			
6 – Estado Mental			
0 - Consciente das suas limitações			
15 - Não consciente das suas limitações			
Rúbrica do Avaliador			
Total da pontuação			

NÍVEL DE RISCO		
Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo Risco	0 – 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 – 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>= 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

ANEXO IX – Folha de registos do DRFR

IDENTIFICAÇÃO DOENTE

Serviço _____ Cama _____ Folha nº, _____

Diagnóstico Clínico _____

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação _____

Limitações ao Programa Reabilitação Respiratória

[illegible]

[illegible]